

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนราชการ : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
รวมเงิน			

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้

และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

(ลงชื่อ).....

วันที่.....