

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....ที่อยู่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ได้รับเงินจาก
สำนักงานเขตสุขภาพที่๑๒ กระทรวงสาธารณสุข

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
จำนวนเงิน (.....)		

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)