**ใบมอบฉันทะ**

ใบมอบฉันทะเลขที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12

 ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

อยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

ขอมอบฉันทะให้  ตำแหน่ง

อยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

เป็นผู้รับเงินดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

 1. เงิน

 จำนวนเงิน บาท ( )

 2. เงิน

 จำนวนเงิน บาท ( )

 ทั้งนี้ เนื่องจากข้าพเจ้า ติดราชการ

 ในการจ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ ให้กับผู้รับมอบฉันทะ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

 ลงชื่อ X  ผู้มอบฉันทะ

 ลงชื่อ  ผู้รับมอบฉันทะ

 ลงชื่อ พยาน

 ( )

 ลงชื่อ  พยาน

 ( )

 **คำอนุมัติ**

 อนุมัติให้จ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ได้

 ลงชื่อ  ผู้เบิก

 ตำแหน่ง

 วันที่ เดือน พ.ศ.

**หมายเหตุ 1. ให้ระบุถึงสาเหตุที่ไม่สามารถมารับเงินด้วยตนเองได้**

 **2. เอกสารที่ต้องใช้แนบใบมอบฉันทะ**

 **- สำเนาบัตรประชำชนของผู้มอบฉันทะและผู้รับมอบฉันทะ รับรองสำเนาถูกต้องเรียบร้อยแล้ว**