**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**