เอกสารหมายเลข ๑

ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดอบรม.....

โครงการ / หลักสูตร…….....……..……....…….....

วันที่……

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....ตำบล.....

อำเภอ……จังหวัด……...…

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลเมืองปาน กรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
บาท		

จำนวนเงิน (.....)

(ลงชื่อ)……..ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ)……..ผู้จ่ายเงิน

(.....)