**ใบสำคัญรับเงิน**

**(ค่าตอบแทนวิทยากร)**

ที่ โรงพยาบาลวังยาง

วันที่.................เดือน...........................พ.ศ...............

ข้าพเจ้า........................................................................................บ้านเลขที่................................................................

ตำบล .................................. อำเภอ ...................................................จังหวัด .........................................................

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลวังยาง กระทรวงสาธารณสุข ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |
| - ค่าวิทยากร(............... คน X .................บาท X ………………ชม X …………………. วัน)ข้าพเจ้า ........................................................................................ขอรับรองว่าเป็นวิทยากรจริงลงชื่อ..........................................................................(...........................................................................) |  |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น |  |

ตรวจสอบถูกต้อง

(ลงชื่อ) ................................................................การเงิน

(…………………………………………………………)

จำนวนเงิน.............................................................................................(ตัวอักษร)

(ลงชื่อ) ...................................................... ผู้รับเงิน

 (………………………………………………………….)

(ลงชื่อ) ...................................................... ผู้จ่ายเงิน

 (………………………………………………………….)