**ใบสำคัญรับเงิน**

**(ค่าวัสดุสำนักงาน)**

ที่ โรงพยาบาลวังยาง

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

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

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

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลวังยาง กระทรวงสาธารณสุข ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |  |
| บาท | ส.ต. |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ………..………..………..………..………..………..………..………..……….. |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น |  |  |

ตรวจสอบถูกต้อง

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

(…………………………………………………………)

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

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

 (………………………………………………………….)

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

 (………………………………………………………….)