

แบบใบสำคัญรับเงิน

ที่ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กระทรวงสาธารณสุข ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ในวันที่		
จำนวน มื้อๆละ บาท จำนวน คน		
ค่าอาหารกลางวัน		
จำนวน มื้อๆละ บาท จำนวน คน		
รวม(บาท)		

จำนวนเงิน

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)