

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

224 ถนนพลแพน จังหวัดอุบลราชธานี 34000

(ส่วนราชการเป็นผู้ให้)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขที่บัตรประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ได้รับเงินจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รวม		

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)