

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่โรงพยาบาล.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขที่บัตรประชาชน.....

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

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

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

| ลำดับที่ | รายการ | จำนวนเงิน | |
|----------|--|-----------|-----|
| | | บาท | สต. |
| 1 | ได้รับเงินสนับสนุนการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หรือประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) เพื่อใช้ เป็นค่าบำรุงการศึกษาหรือค่าใช้จ่ายส่วนตัว ในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) ปีการศึกษา..... ปีที่..... | 40,000 | - |
| รวมเงิน | | 40,000 | - |

(ตัวอักษร) (สี่หมื่นบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)