

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์  
224 ถนนพลเทพ จังหวัดอุบลราชธานี 34000  
(ส่วนราชการเป็นผู้ให้)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก.....วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
รวม	

จำนวนเงิน.(ตัวอักษร).....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)