

ใบสำคัญรับเงิน

ที่ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม
(ส่วนราชการเป็นผู้ให้)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน แขวง
เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ได้รับเงินจาก วิทยาลัยการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม ดังมีรายการต่อไปนี้

| ลำดับที่ | รายการ | จำนวน | หน่วยละ | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
|------------------|--------|-------------|---------|-----------|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| รวม รายการ | | รวมเป็นเงิน | | | |

จำนวนเงิน (.....)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน