## ใบสำคัญรับเงิน

ที่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า บ้านเลขที่ ถนน . .ตำบล อำเภอ จังหวัด .

ได้รับเงินจาก ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
| **บาท** | **สต.** |
| โครงการ  ณ  ตำบล อำเภอ จังหวัด  - ค่าอาหารกลางวัน จำนวน มื้อ มื้อละ บาท  จำนวน คน ในวันที่ เป็นเงิน  - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน มื้อ มื้อละ บาท  จำนวน คน ในวันที่ เป็นเงิน |  |  |
| **รวมเป็นเงิน** |  |  |

จำนวนเงิน

(ลงชื่อ) .ผู้รับเงิน

( )

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

( )