## 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 บาทจำนวน คน ในวันที่ เป็นเงิน- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน มื้อ มื้อละ บาทจำนวน คน ในวันที่ เป็นเงิน  |    |    |
| **รวมเป็นเงิน** |  |  |

จำนวนเงิน

 (ลงชื่อ) .ผู้รับเงิน

 ( )

 (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

 ( )