|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ใบสำคัญรับเงิน**  **สำหรับวิทยากร**  ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรมศูนย์สุขภาพจิตที่ 11  โครงการ / หลักสูตร    วันที่ เดือน พ.ศ.  ข้าพเจ้า อยู่บ้านเลขที่  ตำบล/ แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด  ได้รับเงินจาก ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 ดังรายการต่อไปนี้ | | |
| รายการ | จำนวนเงิน | |
|  |  |  |
| (จำนวนเงิน)  (ลงชื่อ) ผู้รับเงิน  ( )  (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน  ( ) |  |  |
|  |  |