|  |
| --- |
| **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 ( ) |  |  |
|  |  |