

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลวังเจ้า
วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก เงินบำรุง โรงพยาบาลวังเจ้า ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติในโรงพยาบาลเอกชน ประจำเดือน.....	5,000.00	-
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) -ห้าพันบาทถ้วน-	5,000.00	-

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่าย

(.....)