ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....ตำบล.....

อำเภอ .....จังหวัด .....

ได้รับเงินจากงานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

รายการ	**จำนวนเงิน**
ค่าตอบแทนล่วงเวลา ประจำเดือน .....พ.ศ.	
รวมเงิน	

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) .....

ลงชื่อ .....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน

(นางสาววัลภา ไผ่ชู)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน