ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....ตำบล.....
อำเภอ .....จังหวัด .....
ได้รับเงินจากงานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

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

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) .....

ลงชื่อ .....ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวจิรนันท์ พริ้มพราย)
นักวิชาการเงินและบัญชี