ใบสำคัญรับเงิน

โรงพยาบาลปากพะยูน

วันที่ .....

ข้าพเจ้า .....

ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลปากพะยูน.....

รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
	บาท	สต.	

จำนวนเงิน (ตัวอักษร).....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

( )

ลงชื่อ .....ผู้จ่ายเงิน

( )