

ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนงาน งานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่า โรงเรียนแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มอ.
โครงการ/หลักสูตร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ได้รับเงินจาก.....ตั้งรายการต่อไปนี้

[illegible]

จำนวนเงิน (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน