

ส่วนราชการ.....สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน.....ประจำเดือน.....พ.ศ.....

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองการปฏิบัติงาน

ลายมือชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน