



ใบสำคัญรับเงิน Receipt

วันที่
Date

เดือน
Month

พ.ศ.
Year

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
I / Mr. / Mrs. / Ms.

ที่อยู่
Address

แขวง/ตำบล
Sub-district

เขต/อำเภอ
District

จังหวัด
Province

ได้รับเงินจาก (ชื่อส่วนงาน)สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน.....

Received From (Name of designated department) ASEAN Institute for Health Development

มหาวิทยาลัยมหิดล

Mahidol University

ตามรายการดังต่อไปนี้

for the following item (s)

รายการ / Item(s)	จำนวนเงิน / Amount	
	บาท/Baht	สต./St.
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) Sum Amount (Text)	(	)

ลงชื่อ
Signature
(.....)

ผู้จ่ายเงิน
(Cashier)

ลงชื่อ
Signature
(.....)

ผู้รับเงิน
(Receiver)

วันที่
Date

วันที่
Date

.....
ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง
Certified by

หมายเหตุ แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้รับเงินพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
Note: A copy of ID card or passport verifying true copy is required.