

ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลคอนสวรรค์

วันที่      เดือน      พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลคอนสวรรค์

รายการ	จำนวนเงิน
รวมเงิน	

จำนวนเงินตัวอักษร(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้รับเงิน  
 (.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)