

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
รวมเป็นเงิน			

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)(.....).....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....กลุ่มงาน
พัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขอรับรองว่ารายการข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียก
ใบเสร็จรับเงิน จากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน
(.....)

วันที่.....