# ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่.....โรงพยาบาลสามโคก.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลสามโคก ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ | จำนวนเงิน | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| **บาท** | | |

จำนวนเงิน (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)