**ใบสำคัญรับเงิน**

ที่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วันที่............เดือน..................................พ.ศ..............

ข้าพเจ้า...................................................................................บ้านเลขที่....................หมู่.............

ตำบล......................................... อำเภอ.................................... จังหวัด.......................................

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |
|  |  |
| รวม |  |

จำนวนเงิน......................................................................................................บาท

 (ลงชื่อ)...............................................................ผู้รับเงิน

 (ลงชื่อ)...............................................................ผู้จ่ายเงิน