**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

ส่วนงาน ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| วัน เดือน ปี | รายละเอียดการจ่าย | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
| บาท | สต. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) – บาทถ้วน- |  | - |  |

 ข้าพเจ้า…................................……..ตำแหน่ง…….......…………………สังกัดภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินที่ถูกต้องและมีรายละเอียดครบถ้วนจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของมหาวิทยาลัยจริง

ลงชื่อ...................................................ผู้จ่ายเงิน

 ( ...................................................... )

 วันที่…..…………………….….