****

FN-4

**ใบสำคัญรับเงิน**

**Receipt**

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

Date Month Year

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....................................................................ที่อยู่ .........................................................

I/Mr./.Mrs./Ms. Address

แขวง/ตำบล.............................................. เขต/อำเภอ ..................................... จังหวัด ...........................................

Sub – district District Province

ได้รับเงินจาก **โครงการ............................................................................คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล**

ตามรายการดังต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ/Item(s)** | **จำนวนเงิน/Amount** | |
| **บาท/Baht** | **สต./St.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (………………………………………………………………………………..)  Sum Amount (Baht Text) |  |  |

**ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง**

**........................................................**

หัวหน้าโครงการ

ลงชื่อ ................................................... ผู้จ่ายเงิน ลงชื่อ.......................................................... ผู้รับเงิน

Signature (Cashier) Signature (Receiver)

(……………………………………………) (………………………………………………….)

วันที่ ................................................. วันที่ ......................................................

Date Date

หมายเหตุ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้รับเงินพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

Note: A copy of ID card or passport verifying true copy is required