มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
	ค่ายาและเวชภัณฑ์ในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ปฏิบัติงานที่ บ..... ต.....		
	อ..... จ.....		
	รวมทั้งสิ้น		

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) .....

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

กอง ..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายในการปฏิบัติงานโดยแท้

(ลงชื่อ) .....

(.....)

วันที่ .....

แบบ 2/30