มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

พอ.สว. ประจำจังหวัด.....

ใบสรุปการใช้จ่ายเงิน

ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ใบสำคัญจ่ายเงินที่	รายการ	เช็คเลขที่	จำนวนเงิน (บาท)
	รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น		
	ยอดคงเหลือในบัญชีธนาคาร.....เลขที่.....		
	วงเงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด		

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่การเงิน

วันที่.....

ได้ตรวจสอบถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

เหรัญญิก

วันที่.....