

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ดังรายการต่อไปนี้

ได้นำผู้ป่วย.....โรค.....มารับการ

รักษาที่โรงพยาบาล.....ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ค่ารถผู้ป่วยจากบ้าน.....ถึง รพ.(ไป-กลับ)		
ค่ารถญาติจากบ้าน.....ถึง รพ.(ไป-กลับ)		
ค่าอาหารสำหรับผู้ป่วย.....วัน ๆ ละบาท		
ค่าอาหารสำหรับญาติ.....วัน ๆ ละบาท		
รวม		

จำนวนเงิน (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)