

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน  
ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกโดนต อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๒ ก.ค.๖๕	-ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๓๐ คน อัตรามื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๗๕๐	
		๗๕๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....เจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวนาซีฮัย โต๊ะลู.....ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....  
กอง/ฝ่าย.....เวชปฏิบัติครอบครัว.....ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้และข้าพเจ้า  
ได้จ่ายไปในนามของราชการโดยแท้

(ลงชื่อ).....นางสาวนาซีฮัย โต๊ะลู.....

(นางสาวนาซีฮัย โต๊ะลู)

วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕