

## หลักฐานการจ่ายเงินสำหรับหน่วยงานย่อย

ชื่อหน่วยงานย่อย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวานรนิวาส อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร  ค่ารักษาพยาบาล  ค่าการศึกษาบุตร  ค่าเช่าบ้าน  
 ตามใบเบิกที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	จำนวนเงิน (บาท)	วัน เดือน ปี	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	หมายเหตุ
			รวม			

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

( ลงชื่อ ).....ผู้จ่ายเงิน

( ลงชื่อ ).....หัวหน้าหน่วยงานย่อย