

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนายนก

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
	รวมเป็นเงิน			

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้
และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของทางราชการ โดยแท้

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....