ใบสำคัญรับเงิน

โรงพยาบาลด่านช้าง

วันที่ ....

ข้าพเจ้า... บ้านเลขที่ .... หมู่ที่ ....

ถนน .... ตำบล .... อำเภอ ....

จังหวัด ....

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลด่านช้าง ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
เงินค่าจ้างชั่วคราว ประจำเดือน .... __หัก__ เงินสมทบกองทุนประกันสังคม __หัก__ เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (กสจ.)	
คงเหลือ	

(...)

ลงชื่อ..ผู้รับเงิน

(...)

ลงชื่อ...ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวกันยา โสหา)

นักจัดการงานทั่วไปฯ