

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนราชการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วัน เดือน ปี	รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ข้าพเจ้า

ตำแหน่ง

กองวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรังขอรับรองว่า รายการจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงิน
ได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการ โดยแท้

(ลงชื่อ).....

วันที่.....