ใบสำคัญรับเงิน

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เขียนที่....................................................................... | | | | | |
| วันที่...............เดือน...........................พ.ศ. ................. | | | | | |
| ข้าพเจ้า...................................................................................เลขที่บัตรประชาชน......................................................เบอร์โทรศัพท์............................................................... อยู่บ้านเลขที่................................ถนน................................... | | | | | |
| ตำบล..........................อำเภอ.........................จังหวัด............................ได้รับเงิน ❒ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | | | | | |
| ดังรายการต่อไปนี้ ❒ คณะแพทยศาสตร์ | | | | | |
| **รายการ** | | | **จำนวนเงิน** | |
|  | | |  | - |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
| รวมเงิน | | |  | - |
| (รวมเงิน (ตัวอักษร)..........................................................................................) | | | | | |
| ลงชื่อ.......................................................ผู้จ่ายเงิน |  | ลงชื่อ.......................................................ผู้รับเงิน | | | |
| (………………………………………………) |  | (.............................................................) | | | |

หมายเหตุ : อาสาสมัครไม่ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล