**ใบสำคัญรับเงิน**

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า เลขประจำตัวประชาชน เบอร์โทรศัพท์ บ้านเลขที่ ตำบล

อำเภอ จังหวัด

ได้รับเงินจาก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงการอุดมการศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| รวม |  |  |

**จำนวนเงิน**

- บาทถ้วน-

**เป็นตัวอักษร**

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

( )

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

( )