ใบสำคัญรับเงิน

วันที่______________________________

ข้าพเจ้า____ตำแหน่ง__________________________________

สถานที่ติดต่อเลขที่____________ซอย__________ถนน________________ตำบล/แขวง_________________________

อำเภอ/เขต_______________จังหวัด_______________โทร._______________เลขที่บัตรประชาชน______________

ได้รับเงินจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขชลบุรี จำกัด ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

รหัส	**รายละเอียด**	**จำนวนเงิน**
	ตัวอักษร (____**)** รวมเงิน	

ลงชื่อ_______________ผู้อนุมัติ　　ลงชื่อ_______________ผู้รับเงิน　　ลงชื่อ_______________ผู้จ่ายเงิน

(____________________________)　　(____________________________)　　(____________________________)