**ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน**

**ประจำวันที่ ...30....เดือน...กันยายน...พ.ศ....2563....**

| รายการ | จำนวนเงิน | | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|
| ธนบัตร | - | - | เงินบำรุง (ค่ารักษาฯทางทันตกรรม) = 0 (4,730-4,730) |
| เหรียญกษาปณ์ | - | - | เงินบำรุง (ค่ารักษาฯทางทันตกรรม) = 0 (7,400-7,400) |
| เช็ค.....ฉบับ | - | - | |
| อื่นๆ (ระบุชื่อ ).....…….. | - | - | |
| .....…….....…….... | - | - | |
| ……..... | - | - | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **รวมทั้งสิ้น ( บาท )** | - | - | - |

จำนวนเงิน.....--.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่การเงิน

(ลงชื่อ).....หัวหน้ากองคลัง

---

คณะกรรมการเก็บรักษาเงินได้ตรวจนับเงินและหลักฐานแทนตัวเงินถูกต้องตามรายการข้างต้นแล้ว

จึงได้นำเงินเข้าเก็บรักษาไว้ในตู้นิรภัย

.....
(นางไอน เขียวสมบัติ)
กรรมการ
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

.....
(นางนงลักษณ์ สายวงศ์)
กรรมการ
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

.....
(นางสาวกรรณิการ์ ควงศ์ธ
กรรมการ
นักวิชาการเงินและบัญชี

.....
หัวหน้าส่วนราชการ

---

ข้าพเจ้าได้รับเงินและเอกสารแทนตัวเงิน ตามรายละเอียดข้างต้นนี้ไปแล้ว

เมื่อวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

สแกนด้วย CamScanner