

ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
โครงการ / หลักสูตร การพัฒนาแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพสาธารณสุข

ไม่ต้องลงวันที่ → วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....กรณาระบุค่านำหน้าชื่อให้ตรงกับเอกสารแนบ(บัตรประจำตัว).....

***** ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวประชาชน*****

อยู่บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ไม่ต้องใส่รายละเอียด	
ค่าตอบแทนที่เลี้ยงแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพสาธารณสุข	
ของ	
จำนวน.....วัน x.....บาท	
บาท	

จำนวนเงิน (.....)

กรุณาลงลายมือชื่อและเซ็นชื่อให้ตรงกับการรับรองสำเนาถูกต้อง
(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
โครงการ / หลักสูตร การพัฒนาแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพสาธารณสุข

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าตอบแทนพี่เลี้ยงแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพสาธารณสุข		
ของ		
จำนวนนักศึกษา.....คน × จำนวน 30 วัน × 50 บาท		

จำนวนเงิน (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)