**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

**ส่วนราชการ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียดรายจ่าย** | **จำนวนเงิน** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **รวมทั้งสิ้น** |  |  |

**ตัวอักษร (................................................................................................................)**

**ข้าพเจ้า.........................................................................ตำแหน่ง.........................................................**

**ภาควิชา...................................................คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกเก็บใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้**

**ลงชื่อ...............................................................**

**วันที่........................................**