

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ได้รับเงินจาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดังรายการต่อไปนี้ :

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
รวมเงินทั้งสิ้น			

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ลว...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลว...../...../.....