

**ใบสำคัญรับเงิน**

**Receipt**

วันที่...............เดือน.............................พ.ศ............................

Month

Year

Date

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.................................................ที่อยู่.......................................................................................

Address

I / Mr. / Mrs. / Ms.

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

Province

District

Sub-district

ได้รับเงินจาก(ชื่อส่วนงาน)....โครงการ...................................................................................... คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามรายการดังต่อไปนี้

Received Form (Name of designated department)

Mahidol University for the following item(S)

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการ / Item (s)** | **จำนวนเงิน / Amount** |
|  | **บาท / Baht** | **สต./St.** |
| ค่าตอบแทนผู้ร่วมวิจัย บุคคลภายนอก ม.มหิดล เดือนละ ........... บาท จำนวน เดือน |  | - |
| ระยะเวลา ถึง  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) ( ) |  | - |

ลงชื่อ.........................................................ผู้จ่ายเงิน ลงชื่อ.......................................................ผู้รับเงิน (............................................................................) (.........................................................................)

(Cashier)

(Receiver)

Signature

Signature

วันที่..................................................................... วันที่....................................................................

Date

Date

 หมายเหตุ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้รับเงินพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

Note: A copy of ID card or passport verifying true copy is required.