

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาฝึกอบรมสำหรับบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต หลักสูตร/โครงการ .....

สำหรับ..... วันที่..... จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ รวม..... คน

ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ได้รับเงินจาก ..... ปราบกฏาจะเียดดงนี้

บาท : คน

| ลำดับ<br>ที่        | ชื่อ - ชื่อสกุล | ที่อยู่ | ค่าอาหาร | ค่าที่พัก | ค่ายานพาหนะ | รวมเป็นเงิน | วัน เดือน ปี<br>ที่รับเงิน | ลายมือชื่อ |
|---------------------|-----------------|---------|----------|-----------|-------------|-------------|----------------------------|------------|
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
|                     |                 |         |          |           |             |             |                            |            |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น |                 |         |          |           |             |             |                            |            |

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)