

มูลนิธิสุขภาพภาคใต้

อาคารบริหาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

[bf.01]

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ _____

ข้าพเจ้า _____

เลขประจำตัวบัตรประชาชน _____

ที่อยู่ _____

ได้รับเงินจากโครงการ ประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้ ระดับเขตพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	(ตัวอักษร)	

ผู้รับเงิน _____

(_____)

ผู้จ่ายเงิน _____

(_____)