ที่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ส่วนราชการเป็นผู้ออกให้)

**ใบสำคัญรับเงิน**

 วันที่

 ข้าพเจ้า เลขที่บัตรประชาชน .

บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด . ได้รับเงินจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |
| บาท | สต. |
| เบิกเงินโครงการวิจัยเรื่อง งวดที่  |  |  |
| รวม |  |  |

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) ( )

 (ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

 ( )

 หัวหน้าโครงการวิจัย

 (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

 ( )