ที่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ส่วนราชการเป็นผู้ออกให้)

**ใบสำคัญรับเงิน**

วันที่

ข้าพเจ้า เลขที่บัตรประชาชน .

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน | |
| บาท | สต. |
| เบิกเงินโครงการวิจัย  เรื่อง  งวดที่ |  |  |
| รวม |  |  |

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) ( )

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

( )

หัวหน้าโครงการวิจัย

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

( )