

สำเนาใบเสร็จรับเงิน
(เก็บไว้เป็นหลักฐานที่โรงเรียน)

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาล
วันที่ เดือน พ.ศ.

โรงพยาบาลได้รับเงินค่าธรรมเนียมนการรักษายาพยาบาลจาก
ซึ่งป่วยเป็นโรค และได้รับการรักษายาพยาบาล จากโรงพยาบาล
วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.
ดังมีรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	เล่มที่ (เลขที่)	จำนวนเงิน
รวมทั้งสิ้น			

ตัวอักษร

ลงชื่อ ผู้รับเงินในใบเสร็จ

ตำแหน่ง

(ในส่วนนี้ให้อาจารย์หรือนักการภารโรงที่เบิกค่ารักษาพยาบาลเป็นผู้กรอก)

ใบเสร็จรับเงินที่เย็บติดฉบับรับรองหรือใบหน้าบค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด ฉบับ

คือ ฉบับที่ 1 จำนวน บาท ฉบับที่ 2 จำนวน บาท

ฉบับที่ 3 จำนวน บาท ฉบับที่ 4 จำนวน บาท

ฉบับที่ 5 จำนวน บาท ฉบับที่ 6 จำนวน บาท

ลงชื่อ ผู้เบิก