ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลบ้านค่าย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน

จำนวนเงิน (.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)