ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลสูงเม่น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ได้รับเงินจาก.....ดังรายการต่อไปนี้

ที่	รายการ	จำนวนเงิน(บาท)
	รวม	

จำนวนเงิน(ตัวอักษร).....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน