**ใบรับรองการจ่ายเงิน**

**ส่วนราชการ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียดรายจ่าย** | **จำนวนเงิน (บาท)** | **หมายเหตุ** |
|  | ค่าแปลบทความภาษาต่างประเทศ เรื่อง ……………………………………………………………………  ……………………………………………………………………  ……………………………………………………………………  ……………………………………………………………………  จำนวน ......... USD คิดเป็นเงินไทยแล้วเท่ากับ .............................. บาท |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** | |  |  |

**รวมทั้งสิ้น** (ตัวอักษร) …..................................................................

ข้าพเจ้า ….....................................…….... ตำแหน่ง ……............................................................................

สังกัด ........................................................................ ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินไปโดยได้รับใบเสร็จรับเงินซึ่งมีรายการไม่ครบถ้วนตามหลักฐานการจ่ายเงินในข้อ 46 หรือซึ่งตามลักษณะไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ ซึ่งเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกเงินจากคลัง การรับเงินการจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2562

ลงชื่อ ………………….....…..….....…….....……………….

(.................................................................)

ตำแหน่ง........................................................

วันที่ ……...........................................................……