ใบรับรองการจ่ายเงิน

ส่วนราชการ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
	รวมทั้งสิ้น		

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) .....

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

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

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ .....