

**ใบรับรองหรือแทนใบเสร็จรับเงิน**

**(Certificate Instead of Receipt)**

**ส่วนงาน (Faculty Division)……..........…........................................…………คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| วัน เดือน ปี  (Date) | รายละเอียดการจ่าย  (Description) | จำนวนเงิน  (Amount) | หมายเหตุ  (Remark) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) Sum Amount (Text)  (……………………………………………………………………….) | |  |  |

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

หน่วยงานที่สังกัด .......................... .................................. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ / ใบเสร็จรับเงินมีรายการไม่ครบถ้วน และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของคณะฯ จริง

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

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

**ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง**

**ลงชื่อ ......................................................  
 (........................................................)  
 หัวหน้าโครงการวิจัย**