



ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 เลขที่ 110 ถนนอินทวโรสุ ต่าบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
 โทร.(053) 936148 โทรสาร.(053) 221849

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
	รวมทั้งสิ้น			

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบสำคัญรับเงินจากผู้รับได้
 และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยแท้

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....