ศิริราชมูลนิธิ Siriraj Foundation
เลขที่ 2 ตึกมหิดลบำเพ็ญ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131 โทรสาร 0-2419-7687 ,0-2419-7658 ต่อ 9
E-Mail : accounting@sirirajfoundation.org
"เพื่อผู้ป่วยด้อยโอกาสโรงพยาบาลศิริราช"

# ใบสำคัญรับเงิน

เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....อีเมล.....

ได้รับเงินจากศิริราชมูลนิธิ ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ | จำนวนเงิน | |
|---|---|---|
| | บาท | ส.ต. |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| บาท | | |

จำนวนเงิน (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : การใช้ใบสำคัญรับเงินต้องมีสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน เขียนสำเนาถูกต้องพร้อมเซ็นชื่อรับรองทุกครั้ง