



ศิริราชมูลนิธิ Siriraj Foundation

เลขที่ 2 ตึกมหิตลบำเพ็ญ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทรศัพท์ 0-2414-1414 ต่อ 201 - 204

E-Mail : accounting@sirirajfoundation.or.th

“เพื่อผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช”

ใบสำคัญรับเงิน ค่าตอบแทน ค่าล่วงเวลา ค่าครองชีพ และเงินสนับสนุนทุนการศึกษา

ชื่อหน่วยงาน.....

เบิกจากทุน..... รหัสทุน.....

เริ่มตั้งแต่..... ถึง.....

รายละเอียดผู้รับเงิน

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	เลขที่บัญชี ธ.ไทยพาณิชย์	เลขที่บัตร ประชาชน	จำนวนเงิน บาท/เดือน	ลงชื่อ ผู้รับเงิน	อีเมล ผู้รับเงิน
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					บาท/เดือน	
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					บาท/ปี	

คณะกรรมการขอรับรองว่าได้มีการปฏิบัติงานจริง

.....(กรรมการผู้มีสิทธิ์เบิกจ่าย)

(.....)

.....(กรรมการ)

(.....)

.....(กรรมการ)

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : โปรดระบุ E-mail ผู้รับเงินให้ครบถ้วนและกรณีเขียนด้วยลายมือให้เขียนตัวบรรจง