มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ได้รับเงินจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่ารักษาพยาบาลกรณีนักศึกษาอุบัติเหตุ		
รวมเงิน		

จำนวนเงิน (ตัวอักษร).....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)