แบบ บก.๑๑๑

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

**ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียดรายจ่าย** | **จำนวนเงิน** | | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น** | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) | | |  | | | |
|  | |  |  |  |  | |
|  | | ข้าพเจ้า |  | ตำแหน่ง |  | |
| สังกัด | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ | | | | | ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ |
| ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในราชการโดยแท้ | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) |  |  |
| ( |  | ) |
|  |  |  |