

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด
ใบสำคัญจ่าย

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... เลขที่สมาชิก.....

ตำแหน่งหรือตำบลที่อยู่.....

ได้รับเงินจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขอุทัยธานี จำกัด ดังรายการต่อไปนี้

.....
.....
.....
.....

รวม

--

บาท	สต.

..... (ผู้รับเงิน)

(.....)