

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

ใบสำคัญจ่ายเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

ตำแหน่งหรือตำบลที่อยู่.....

ได้รับเงินจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด ดังรายการต่อไปนี้

เป็นเงินค่า	จำนวนเงิน	
	
รวม (.....)		

คำชี้แจง

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด

ใบสำคัญจ่ายเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

ตำแหน่งหรือตำบลที่อยู่.....

ได้รับเงินจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด ดังรายการต่อไปนี้

เป็นเงินค่า	จำนวนเงิน	
	
รวม (.....)		

คำชี้แจง

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)