

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โครงการ/หลักสูตร.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งสิ้น .....คน  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร (บาท)	ค่าเช่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วันเดือนปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
รวมเงิน								

