



ใบคืนอุปกรณ์

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
ที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัดสระบุรี

ได้คืนอุปกรณ์ ๑.จำนวน.....
๒.จำนวน.....
๓.จำนวน.....

ให้กับเจ้าหน้าที่ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี ไว้เป็นการถูกต้อง
ครบถ้วน เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้คืนอุปกรณ์
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับอุปกรณ์คืน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)