



ใบรับของ

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
ที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ได้รับมอบ ๑. จำนวน.....
2. จำนวน.....
3. จำนวน.....

จากเจ้าหน้าที่ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี ไว้เป็นการถูกต้อง ครบถ้วน
เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มอบ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)