

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**  
ส่วนราชการ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
	รวมทั้งสิ้น		

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ภาควิชา.....คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจ  
เรียกเก็บใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

ลงชื่อ.....

วันที่.....