

ใบนำส่งเงิน

เล่มที่.....

เลขที่...../.....

ประจำวัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายการ	ประเภท	จำนวนเงิน
<b>รายรับตามใบเสร็จ</b>		
1. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่าขายยาสมุนไพรแพทย์แผนไทย	
2. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่าขายผลิตภัณฑ์แพทย์แผนไทย	
3. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่าบริการแพทย์แผนไทย(นวด)	
4. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่าขายยาสมุนไพรแพทย์แผนไทย	
5. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่าขายผลิตภัณฑ์แพทย์แผนไทย	
6. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่าบริการแพทย์แผนไทย(นวด)	
7. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	
8. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	
9. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยสงสัยจากรถ	
10. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยสงสัยจากรถ	
11. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในจ่ายเอง	
	<b>รวมเงิน</b>	

ตัวอักษร (.....)

.....  
ผู้รับเงิน

.....  
ผู้ส่งเงิน

ใบนำส่งเงิน

เล่มที่.....

เลขที่...../.....

ประจำวัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายการ	ประเภท	รายรับ
<b>รายรับตามใบเสร็จ</b>		
1. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่าขายยาสมุนไพรแพทย์แผนไทย	
2. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่าขายผลิตภัณฑ์แพทย์แผนไทย	
3. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่าบริการแพทย์แผนไทย(นวด)	
4. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่าขายยาสมุนไพรแพทย์แผนไทย	
5. เล่มที่..... เลขที่.....	ค่าขายผลิตภัณฑ์แพทย์แผนไทย	

6. เล่มที่..... เลขที่.....  
 7. เล่มที่..... เลขที่.....  
 8. เล่มที่..... เลขที่.....  
 9. เล่มที่..... เลขที่.....  
 10. เล่มที่..... เลขที่.....  
 11. เล่มที่..... เลขที่.....

ค่าบริการแพทย์แผนไทย(นวด)	
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยประสภภัยจากรถ	
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยประสภภัยจากรถ	
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในจ่ายเอง	
<b>รวมเงิน</b>	

ตัวอักษร (.....)

.....  
 ผู้รับเงิน

.....  
 ผู้ส่งเงิน

.....

ผู้รับผิดชอบ

..

---

.....

ผู้รับผิดชอบ


..