แบบ บก.4321

**ใบรับรองใบเสร็จรับเงิน**

**ศูนย์สนับสนุนบนริการสุขภาพที่ 1**

| วัน เดือน ปี | รายละเอียดรายจ่าย | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | รวมเป็นเงินทั้งสิ้น | | |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น(ตัวอักษร)

ข้าพเจ้า …….. ตำแหน่ง .....

ศูนย์สนับสนุนบนริการสุขภาพที่ 1กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ เรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

(ลงชื่อ) .....

(.....)

วันที่.....

*** กรณีเดินทางโดยเครื่องบินให้แนบตั๋วตัวจริงและสำเนาตั๋วแนบด้วยทุกครั้ง

*** กรณีเดินทางรถไฟปรับอากาศชั้น 1 นั่งนอนปรับอากาศ (ระดับชำนาญงาน/ชำนาญการ/ขึ้นไป) ให้แนบตั๋วตัวจริงและสำเนาตั๋วแนบด้วยทุกครั้ง