**ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน**

**ส่วนงาน กองบริหารศูนย์ลำปาง**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียดการจ่าย** | **จำนวนเงิน** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** | |  |  |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) ( )

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง .ส่วนงานที่สังกัด ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ประกาศกำหนด  
ทุกประการ

ลงชื่อ

( )

วันที่