

ใบคืนเงิน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....

รายการ	จำนวนเงิน	
		-
รวม		-

จำนวนเงิน ตัวอักษร (.....)

ลงชื่อ..... ผู้คืนเงิน

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน