

ใบมอบฉันทะ

ใบมอบฉันทะเลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการคลังและสินทรัพย์

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สำนัก..... สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

ขอมอบฉันทะให้.....ตำแหน่ง.....

สำนัก.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

เป็นผู้รับเงินดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

1. เงินค่ารักษาพยาบาล.....

จำนวน.....บาท (.....)

2. เงิน.....

จำนวน.....บาท (.....)

ทั้งนี้ เนื่องจากข้าพเจ้า.....

ในการจ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ โปรดจ่าย.....

.....จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้มอบฉันทะ

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบฉันทะ

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

คำอนุมัติ

อนุมัติให้จ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ได้

(ลงชื่อ).....ผู้เบิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้รับมอบฉันทะโปรดกรอกบัตรประจำตัว

ชื่อ - นามสกุล.....

บัตรประจำตัวประชาชน บัตร.....

หมายเลขประจำตัวผู้ถือบัตร..... ออกโดย.....

วันที่ออกบัตร..... วันที่หมดอายุ.....

ที่อยู่ตามบัตร.....

.....
ที่อยู่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบฉันทะ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่