ที่ 2

 (ส่วนราชการผู้ให้)

# **ใบสำคัญรับเงิน**

## วันที่ เดือน พ.ศ บ

 ข้าพเจ้า ระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา อยู่ที่ ระบุที่อยู่ของอาจารย์ที่ปรึกษา

 ได้รับเงินจาก กองทุนวิจัยคณะทันตแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ พ อยู่ที่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน (บาท)** |
| ทุนวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ระบุชื่อโครงการ”ของ ทันตแพทย์/ทันตแพทย์หญิงระบุชื่อนักศึกษาหลังปริญญา หลักสูตร ระบุชื่อหลักสูตร |  |
|  รวม |  |

 จำนวนเงิน (ตัวอักษร) ( )

 ลงชื่อ ลงชื่อ ผู้รับเงิน

 ( ระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก )

 ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

 ( นางสาวปรียาภัทร์ ยอดทอง )