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 )