

ใบมอบฉันทะ

ใบมอบฉันทะเลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

คณะทันตแพทยศาสตร์.....มหาวิทยาลัยนเรศวร.....จังหวัดพิษณุโลก.....

อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

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

ขอมอบฉันทะให้.....ตำแหน่ง.....

คณะทันตแพทยศาสตร์.....มหาวิทยาลัยนเรศวร.....จังหวัดพิษณุโลก.....

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

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

เป็นผู้รับเงินดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

1) เงิน.....จำนวน.....(บาท)

(.....)

2) เงิน.....จำนวน.....(บาท)

(.....)

ทั้งนี้เนื่องจากข้าพเจ้า.....

ในการจ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ โปรดจ่าย.....

จงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบฉันทะ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

คำอนุมัติ

อนุมัติให้จ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ได้

(ลงชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....