หลักฐานการจ่ายเงินสนับสนุนเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิตนักศึกษาพิการในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี ประจำภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2563

มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่อยู่ 2086 ถนนรามคำแหง แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร 10240

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล นักศึกษาพิการ	คณะ/สาขา/ชั้นปี	จำนวนเงินที่ได้รับการสนับสนุน (บาท)	ลายมือชื่อนักศึกษาพิการผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	หมายเหตุ

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล นักศึกษาพิการ	คณะ/สาขา/ชั้นปี	จำนวนเงินที่ได้รับการสนับสนุน (บาท)	ลายมือชื่อนักศึกษาพิการผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	หมายเหตุ

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล นักศึกษาพิการ	คณะ/สาขา/ชั้นปี	จำนวนเงินที่ได้รับการสนับสนุน (บาท)	ลายมือชื่อนักศึกษาพิการผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	หมายเหตุ
รวมเงิน				ตามหนังสือแจ้งการโอนเงินเลขที่..... ลงวันที่.....		

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)..... ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

<u>คำชี้แจง</u> 1. ให้นักศึกษาพิการแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่ได้รับเงินด้วยตนเองเท่านั้น โดยให้ระบุวันที่ที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย

2. ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ที่ดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้แก่นักศึกษาพิการ เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

3. กรณีที่มีจำนวนนักศึกษาพิการมาก ให้ขยายแบบฟอร์มเพิ่มเติมได้