

วันที่	รายการ	รายรับ	รายจ่าย
		บาท	บาท
	รวมยอดเงิน		
คงเหลือ			

ขอรับรองว่ารายงานรายรับ - รายจ่าย ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
 (.....)

ลงชื่อ.....
 (.....)

นักเรียนทุน

อาจารย์ผู้ดูแลนักเรียนทุน

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

(กรุณาประทับตราสถาบัน)

วันที่	รายการ	รายรับ	รายจ่าย
		บาท	บาท

50 GMM GRAMMY PLACE SUKUMVIT 21 Rd., KHLONGTOEYNUAE, WATTANA, BANGKOK 10110 TEL. 0-2669-9000 FAX. 0-2669-9610