



คำรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินสูญหาย

ข้าพเจ้า.....ผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา
โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ขอรับรองว่าใบเสร็จรับเงิน ค่ารักษาพยาบาล ค่าการศึกษาบุตร ของ.....
เล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
จำนวนเงิน.....บาท ซึ่งออกโดย โรงพยาบาล.....
 โรงเรียน.....นั้น ได้สูญหายจริง ข้าพเจ้าไม่เคยนำใบเสร็จรับเงินฉบับจริง มา
เบิกจ่ายที่สำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสตูล หรือ สำนักงานกองทุนสงเคราะห์ กระทรวงศึกษาธิการ หรือ
หน่วยงานอื่นและถ้าหากค้นพบภายหลังก็จะไม่นำมาเบิกจ่ายอีก หรือถ้าปรากฏข้อเท็จจริงต่อไปภายหน้าว่าข้าพเจ้า
ใช้สิทธิตามระเบียบนี้โดยทุจริต หรือกรอกข้อความในคำขอเบิกอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้จนครบถ้วนใน
ส่วนที่ทุจริตหรืออันเป็นเท็จต่อกองทุนสงเคราะห์และยินดีให้ดำเนินการตามกฎหมายตามที่กำหนดไว้ในข้อ 12,
13 หรือข้อ 10 แห่งระเบียบนี้ทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
...../...../.....

ข้าพเจ้า..... ผู้รับใบอนุญาต ผู้อำนวยการ
โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากไม่เป็นไปตามนี้ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบและยินยอมชดใช้
 ค่ารักษาพยาบาล ค่าการศึกษาบุตร โดยไม่มีสิทธิแทนผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา
ผู้ขอเบิกทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
...../...../.....

ประทับตราโรงเรียน