

ใบมอบฉันทะ

ใบมอบฉันทะเลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต 2

ข้าพเจ้า.....ข้าราชการครูและลูกจ้างประจำ / ข้าราชการบำนาญ
โรงเรียน.....ที่อยู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต 2
กรม สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ขอมอบฉันทะให้.....
ตำแหน่ง.....กอง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต 2
กรม สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดฉะเชิงเทรา อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....เป็นผู้รับเงินดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

- 1. เงินค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....ราย จำนวนเงิน.....บาท
(.....)
- 2. เงินค่าการศึกษาบุตร จำนวน.....ราย จำนวนเงิน.....บาท
(.....)

เนื่องจากข้าพเจ้า.....

ในการจ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ โปรดจ่ายให้.....

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ
(.....) (.....)
ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ
(.....) (.....)
ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ
(.....) (.....)
ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ ลงชื่อ.....ผู้มอบฉันทะ
(.....) (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบฉันทะ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)

ผู้รับมอบฉันทะโปรดกรอกบัตรประจำตัว

ชื่อ - นามสกุล.....

บัตรประจำตัวประชาชน บัตร.....

เลขหมายประจำตัวผู้ถือบัตร.....ออกโดย

วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

ที่อยู่ตามบัตร.....

.....
ที่อยู่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบฉันทะ
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)