



ใบรับรองค่าธรรมเนียมทันตแพทย์

คลินิก.....

โรงพยาบาลทันตกรรม

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 6 ถนนโยธี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขอรับรองว่า รายการค่าธรรมเนียมทันตแพทย์
จำนวนเงิน.....บาท (.....)

ในใบเสร็จรับเงินที่ออกโดย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่

.....ผู้ป่วยชื่อ..... หมายถึง

คำรักษาพยาบาล ที่ทันตแพทย์เรียกเก็บจากผู้ป่วยในการประกอบโรคศิลปะสาขาทันตกรรม

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้จัดการคลินิก.....

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล