





โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกยาง

อำเภอกันตัง จ. ตรัง 92110

วันที่ 29 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้า.....นางสาวนิยนาช สมาริ...ตำแหน่ง.....อยู่บ้านเลขที่...66/1...หมู่ที่...2.....

ถนน.....ตำบล...นาโต๊ะหมิง.....อำเภอ.....เมือง...จังหวัด...ตรัง.....

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกยาง ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
-ได้รับเงินค่าจ้างเหมาทำอาหารว่างและเครื่องดื่มผู้เข้าร่วมรณรงค์รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก“โครงการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกยาง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2562” จำนวน 202 คนๆละ 25 บาท:ครั้ง	เป็นเงิน	5,050 -
		5,050 -

(ตัวอักษร)....(....=ห้าพันห้าสิบบาทถ้วน=.....)

ลงชื่อ.....นิยนาช สมาริ ผู้รับเงิน

(.....นางสาวนิยนาช สมาริ...)

ลงชื่อ.....[Signature] ผู้จ่ายเงิน

(นายวิจิตร เรืองแสนสกุล)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกยาง

*นางสาวนิยนาช สมาริ*  
*[Signature]*  
*29 มี.ค. 62*



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โคกยาง  
อำเภอกันตัง จ. ตรัง 92110

วันที่.....30.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ. ...2562....

ข้าพเจ้า.....นางสาวนิยนาช สมาริ...ตำแหน่ง.....อยู่บ้านเลขที่...66/1...หมู่ที่...2.....  
ถนน.....-.....ตำบล...นาโต๊ะหมิง.....อำเภอ.....เมือง...จังหวัด.....ตรัง.....

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โคกยาง ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
-ได้รับเงินค่าจ้างเหมาทำอาหารกลางวัน/ อาหารว่างและเครื่องดื่ม “โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2563”รายละเอียดดังนี้		
-ค่าจ้างเหมาทำอาหารกลางวันผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 103 คนๆละ 50 บาทจำนวน 1 มื้อ	5,150	-
-ค่าจ้างเหมาทำอาหารว่างและเครื่องดื่ม ผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 103 คนๆละ 25 บาทจำนวน 2 มื้อ	5,150	-
	10,300	-

(ตัวอักษร)....(....=หนึ่งหมื่นสามร้อยบาทถ้วน=.....)

ลงชื่อ.....*นิยนาช สมาริ*.....ผู้รับเงิน  
(.....นางสาวนิยนาช สมาริ...)

ลงชื่อ.....*[Signature]*.....ผู้จ่ายเงิน  
(นายวิจิตร เรืองแสนสกุล)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โคกยาง



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกยาง

อำเภอกันตัง จ. ตรัง 92110

วันที่ ๒๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า นายอรุณช โทอ่อน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชี อำเภอกันตัง หมู่ที่ ๑

ขอ ย น ถนน ตำบล โคกยาง อำเภอ กันตัง จังหวัด ตรัง

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกยาง ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- รับเงินค่าจ้างการให้บริการโครงการโครงการดูแลสุขภาพ ชุมชนเร็วปลูกเมล็ดอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโคกยาง จำนวน ๖ ชม. มูลค่า = ๖๐๐ บาท ๖ บาท	๓,๖๐๐ -
	๓,๖๐๐ -

(ตัวอักษร)..... สามีพันธ์ ตรีคุณทอง

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน  
(นายอรุณช โทอ่อน)

ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเงิน  
(นายวิจิตร เรืองแสนสกุล)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกยาง