



เลขที่.....


ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางดารา.....ลีละหุด.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๘๐.....หมู่ที่.....๔.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่..๘๘๑..หมู่ที่..๖..ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการรูปแบบกระตุ้นการฝากครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของพี่เลี้ยง ANC ปี ๒๕๖๑ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขุด (สาขา))	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

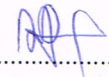
จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(นางดารา ลีละหุด)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรรค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางสมจิตร...จันทร์สุวรรณ.....อยู่บ้านเลขที่.....๕๙๘.....หมู่ที่.....๗.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่..๘๙๑..หมู่ที่..๖..ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการรูปแบบกระตุ้นการฝากครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของพี่เลี้ยง ANC ปี ๒๕๖๑ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขุด (สาขา))	๒๐๐ ๐๐
	๒๐๐ ๐๐

จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางสมจิตร จันทร์สุวรรณ)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....


ใบสำคัญรับเงิน


วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางเกศวรางค์..... สารบัญญัติ.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๔๑.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....บ้านควน.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่..๘๙๑..หมู่ที่..๖...ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการรูปแบบกระตุ้นการฝากครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของพี่เลี้ยง ANC ปี ๒๕๖๑ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขุด (สาขา))	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)
คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)
หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข
วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑