|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ใบสำคัญรับเงิน**  วันที่.......เดือน...มกราคม.............พ.ศ. ......๒๕๖๑.............  ข้าพเจ้า...................................................... นามสกุล ...........................................................อยู่บ้านเลขที่............... หมู่.................ถนน...................................ตำบล....................... อำเภอ............................. จังหวัด....................... ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................... ตำบล............................... อำเภอ........................... จังหวัด..........พัทลุง..................... ดังรายการต่อไปนี้ | | |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
| ค่าลงทะเบียนสำหรับนิเทศกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จ.พัทลุง |  |  |
| จำนวน.........คน คนละ ๒๐๐ บาท |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| จำนวนเงิน ....................................................................................................................................... บาท  (ตัวอักษร)  ลงชื่อ.................................................................... ผู้รับเงิน  (...............................................................)  ลงชื่อ..................................................................... ผู้จ่ายเงิน  (...............................................................) | | |