|  |
| --- |
| **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 (...............................................................) |