



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางกันยรัตน์...จิตนาธรรม.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๒๑๙.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....คลองขุด...
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ ๘๘๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการรณรงค์ด้านภัยโรคด้านภัยโรคไข้เลือดออก หมู่ที่ ๓ บ้านเกาะนก) โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุข หมู่ที่ ๓ บ้านเกาะนก	๒๐๐ ๐๐
	๒๐๐ ๐๐

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

(ลงชื่อ)..... กิษกรัทม์.....ผู้รับเงิน

(นางกันยรัตน์ จิตนาธรรม)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..... [Signature].....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 15 เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางอุไร.....มณีโสภา.....อยู่บ้านเลขที่..... ๓๖๒.....หมู่ที่.....๑.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ ๘๙๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการรณรงค์ด้านภัยโรคด้านภัยโรคไข้เลือดออก หมู่ที่ ๓ บ้านเกาะนก) โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุข หมู่ที่ ๓ บ้านเกาะนก	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐


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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(นางอุไร มณีโสภา)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ 15 เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางเกศวรางค์.....สารบัญญัติ.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๔๑.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....บ้านควน.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ ๘๘๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการรณรงค์ด้านภัยโรคด้านภัยโรคไข้เลือดออก หมู่ที่ ๓ บ้านเกาะนก) โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุข หมู่ที่ ๓ บ้านเกาะนก	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๒๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑