



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑..

ข้าพเจ้า.....นางกันยารัตน์...จิตนาธรรม.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๒๑๙.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....คลองขุด...  
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด  
ที่อยู่...๘๙๑...หมู่ที่...๖...ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการรณรงค์ด้านภัยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน หมู่ที่ ๓ บ้านเกาะนก โดยชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ ๓ บ้านเกาะนก)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....กันยารัตน์.....ผู้รับเงิน  
(นางกันยารัตน์ จิตนาธรรม)  
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลคลองขุด

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



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางอุไร มณีโสภากา.....อยู่บ้านเลขที่.....๓๖๒.....หมู่ที่.....๑.....ตำบล.....คลองขุด.....  
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด  
ที่อยู่.....๘๙๑.....หมู่ที่.....๖.....ตำบลคลองขุด.....อำเภอเมือง.....จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการรณรงค์ด้านภัยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน หมู่ที่ ๓ บ้านเกาะนก โดยชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ ๓ บ้านเกาะนก)	๒๐๐ ๐๐
	๒๐๐ ๐๐

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางอุไร มณีโสภากา)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

