



เลขที่.....


ใบสำคัญรับเงิน


วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า.....นายน้อม.....ชูเกื้อ.....อยู่บ้านเลขที่.....๕๔.....หมู่ที่.....๒.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่.....๘๙๑.....หมู่ที่.....๘๙๑.....หมู่ที่.....๖.....ตำบลคลองขุด.....อำเภอเมือง.....จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการวิจัยรณรงค์ใส่ปลอดบุหรี) โดยกองการศึกษาเทศบาลตำบลคลองขุด	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นายน้อม ชูเกื้อ)
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางเอกสว่างค์ สารบัญญัติ)
หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข
วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางอุไร มณีโสภาก.....อยู่บ้านเลขที่.....๓๖๒.....หมู่ที่.....๑.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่.....๘๙๓.....หมู่ที่.....๘๙๓.....หมู่ที่.....๖.....ตำบลคลองขุด.....อำเภอเมือง.....จังหวัดสตูล.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการวิจัยรุ่นวิจัยสไปลิตบูทรี) โดยกองการศึกษาเทศบาลตำบลคลองขุด	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(นางอุไร มณีโสภาก)

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.....๒๕๑.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....บ้านควน.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ ๘๘๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการวัยรุ่นวัยใสปลอดภัย) โดยกองการศึกษาเทศบาลตำบลคลองขุด	๒๐๐ ๐๐
	๒๐๐ ๐๐

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

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

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