



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นายกมล..... พรหมบุญแก้ว.....อยู่บ้านเลขที่.....๘๘.....หมู่ที่.....๗.....ตำบล.....คลองขุด.....  
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด  
ที่อยู่.....๘๘๑.....หมู่ที่.....๖.....ตำบลคลองขุด.....อำเภอเมือง.....จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

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

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นายกมล พรหมบุญแก้ว)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖๑



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พฤษภาคม.....พ.ศ.๒๕๖๑...

ข้าพเจ้า.....นายชำนาญ.....พรหมดวง.....อยู่บ้านเลขที่.....๓๒๑.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....คลองขุด.....อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ที่อยู่..๘๙๑..หมู่ที่..๖..ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

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

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....นายชำนาญ.....พรหมดวง.....)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่.....เดือน.....พฤษภาคม.....พ.ศ.๒๕๖๑.....



เลขที่.....


## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....๕.....เดือน.....พฤษภาคม.....พ.ศ.๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางเกศวรางค์..... สารบัญญัติ.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๕๑.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....บ้านควน.....  
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด  
ที่อยู่..๘๙๑..หมู่ที่.๖...ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

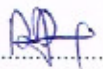
รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการเยาวชนรู้พิษภัย ห่างไกลยาเสพติด โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุข หมู่ที่ ๓ บ้านเกาะนก)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(.....นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ.....)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่.....๕.....เดือน.....พฤษภาคม.....พ.ศ.๒๕๖๑.....