



เลขที่.....


ใบสำคัญรับเงิน


วันที่ 22 เดือน สิงหาคม 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 (โครงการคัดกรองโรคร้ายใส่ใจสุขภาพ หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ โดยกลุ่มพัฒนาสาธารณสุข หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นายกมล พรหมบุญแก้ว)
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางเกศวรงค์ สารบัญญัติ)
หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข
วันที่ ๒๒ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางสาวสุไรดา.....เล่นท์ทองคำ.....อยู่บ้านเลขที่.....๘๒๘.....หมู่ที่.....๗.....ตำบล.....คลองขุด.....อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ที่อยู่.....๘๙๑.....หมู่ที่.....๖.....ตำบลคลองขุด.....อำเภอเมือง.....จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการคัดกรองโรคร้ายใส่ใจสุขภาพ หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ โดยกลุ่มพัฒนาสาธารณสุข หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ)	๒๐๐	๐๐
จำนวนเงิน.....(สองร้อยบาทถ้วน).....บาท	๒๐๐	๐๐

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางสาวสุไรดา เล่นท์ทองคำ)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑