



เลขที่.....


ใบสำคัญรับเงิน


วันที่ ๓๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นายชำนาญ.....พรหมดวง.....อยู่บ้านเลขที่.....๗๒๑.....หมู่ที่.....๔.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยชมรมผู้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตำบลคลองขุด)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(.....นายชำนาญ.....พรหมดวง.....)
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)
ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....
วันที่ ๓๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๓๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางกันยารัตน์...จิตนาธรรม.....อยู่บ้านเลขที่..... ๑๒๑๙.....หมู่ที่.....๔.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยชมรมผู้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตำบลคลองขุด)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

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

(ลงชื่อ).....
(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)
ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....
วันที่ ๓๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๓๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางเกศวรางค์..... สารบัญญัติ.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๔๑.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....บ้านควน.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองซุด
ที่อยู่ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองซุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองซุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดย ชมรมผู้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตำบลคลองซุด)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(.....นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ.....)

คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองซุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....

วันที่ ๓๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑