



เลขที่.....

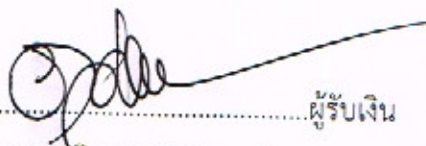
ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑


ข้าพเจ้า.....นายอาจัน...กุลทอง.....อยู่บ้านเลขที่..... ๑๓๖.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....เกตุรี.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองซุด
ที่อยู่ หมู่ที่ ๖...ตำบลคลองซุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองซุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลเบื้องต้น คนนาแค) กลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุขหมู่ที่ ๕ บ้านนาแค	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(.....นายอาจัน...กุลทอง.....)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองซุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....
วันที่ ๑๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือนพ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นายยงยุทธ...ชวงค์.....อยู่บ้านเลขที่..... ๓๔๐.....หมู่ที่๗.....ตำบล.....คลองขุด.....อำเภอ.....
เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ที่อยู่
หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลเบื้องต้น คนนาแค ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๑ โดย โรงเรียนเทศบาล ๑ (บ้านท่าจีน))	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(.....นายยงยุทธ...ชวงค์.....)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑

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

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการปฐมพยาบาลเบื้องต้น คนนาแค) กลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุขหมู่ที่ ๕ บ้านนาแค	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(.....นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ.....)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....

วันที่ ๑๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑