



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นายน้อย.....ชูเกื้อ.....อยู่บ้านเลขที่.....๕๔.....หมู่ที่.....๒.....ตำบล.....คลองขุด.....อำเภอ.....  
เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ที่อยู่  
หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนโรงเรียนเทศบาล ๑ (บ้านท่าจีน) โดย โรงเรียนเทศบาล ๑ (บ้านท่าจีน)	๒๐๐ ๐๐
	๒๐๐ ๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(.....นายน้อย.....ชูเกื้อ.....)

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

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....

วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางสาวกาญจนา.....จันทร์กำเนิด.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ ๖.....ตำบล.....คลองขุด.....  
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด  
ที่อยู่ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนโรงเรียนเทศบาล ๑ (บ้านท่าจีน) โดย โรงเรียนเทศบาล ๑ (บ้านท่าจีน)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....นางสาวกาญจนา.....จันทร์กำเนิด.....)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....

วันที่ ๑๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม 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 (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนโรงเรียนเทศบาล ๑ (บ้านท่าจีน) โดย โรงเรียนเทศบาล ๑ (บ้านท่าจีน))	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ.....)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....

วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑