



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

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

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพ และช่วยชีวิตทางน้ำเบื้องต้น หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุขหมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....
ผู้รับเงิน

(นายกมล พรหมบุญแก้ว)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....
ผู้จ่ายเงิน

(นางเอกสรวงศ์ สารบุญ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๑๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๗ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางดารา..... ลีละหุด.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๘๐.....หมู่ที่ ๔.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่...๘๙๑...หมู่ที่...๖...ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพ และช่วยชีวิตทางน้ำเบื้องต้น หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุขหมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....นาง ดารา ลีละหุด.....ผู้รับเงิน

(.....นางดารา..... ลีละหุด.....)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

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

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....

วันที่ ๑๗ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๗ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางเกศวรางค์.....สารบัญญ.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๔๑.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....บ้านควน.....อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด ที่อยู่..๘๙๑..หมู่ที่.๖...ตำบลคลองขุด...อำเภอเมือง...จังหวัดสตูล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพ และช่วยชีวิตทางน้ำเบื้องต้น หมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ โดยกลุ่มอาสาพัฒนาสาธารณสุขหมู่ที่ ๗ บ้านคลองขุดเหนือ)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....[Signature].....ผู้รับเงิน

(.....นางเกศวรางค์ สารบัญญ.....)

คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....[Signature].....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๑๗ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑