



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

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

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ปี ๒๕๖๑) โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขุด (สาขา)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....*ดารา ลีละหุต*.....ผู้รับเงิน

(.....นางดารา..... ลีละหุต.....)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

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

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....

วันที่ ๑๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

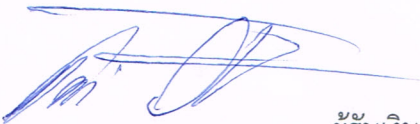
ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นายณรงค์...วาริรัตน์.....อยู่บ้านเลขที่.....๗๑๓.....หมู่ที่๗.....ตำบล.....คลองขุด.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล..... ดังรายการต่อไปนี้

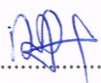
รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนฯ (โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ปี ๒๕๖๑) โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขุด (สาขา)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(.....นายณรงค์...วาริรัตน์.....)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

ตำแหน่ง..หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข.....

วันที่ ๑๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นางเกศวรางค์.....สารบัญญัติ.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๔๑.....หมู่ที่.....๕.....ตำบล.....บ้านควน.....
อำเภอ.....เมืองสตูล.....จังหวัด.....สตูล.....ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด
ที่อยู่ ๘๘๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับ งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองขุด สำหรับคณะกรรมการและคณะกรรมการกองทุนฯ (โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและโรคไข้วัดชื่อยุงลาย ปี ๒๕๖๑) โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขุด (สาขา)	๒๐๐	๐๐
	๒๐๐	๐๐

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลคลองขุด

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางเกศวรางค์ สารบัญญัติ)

หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

วันที่ ๑๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ภาพกิจกรรม

โครงการณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ปี ๒๕๖๑

