ส่งเสริมการบริโภคอาหารปลอดภัย โรงเรียนอิสลามิยะฮ์สหวิทยา มูลนิธิ

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน

ที่ 24/2564 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

ตามที่คณะกรรมการ **กองทุนสุขภาพตำบล อบต.เขาชัยสน** ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **ส่งเสริมการบริโภคอาหารปลอดภัย โรงเรียนอิสลามิยะฮ์สหวิทยา มูลนิธิ** ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **โรงเรียนอิสลามิยะฮ์สหวิทยา มูลนิธิ** จำนวน 15,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **โรงเรียนอิสลามิยะฮ์สหวิทยา มูลนิธิ** มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 15,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน **โรงเรียนอิสลามิยะฮ์สหวิทยา มูลนิธิ** จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก
(พ.จ.อ.หญิง จอมขวัญ แนบเนียด)
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 557,537.75 บาท (ห้าแสนห้าหมื่นเจ็ดพันห้าร้อยสามสิบเจ็ดบาทเจ็ดสิบห้าสตางค์)

ลงชื่อ .....
(นายจำรัส บำรุงเสนา)
ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ
วันที่ .....

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 15,000.00 บาท

ลงชื่อ .....
(นางสุพิศ เทพภักดี)
หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
วันที่ .....

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 15,000.00 บาท

ลงชื่อ .....
(นายนิยม นวลเกลี้ยง)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน
วันที่ .....

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน 15,000.00 บาท

ลงชื่อ .....
(นายนิพันธ์ เมืองสง)
นายก องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน
วันที่ .....

จ่ายเป็น
△ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ
△ เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)
△ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง บัญชีเลขที่ 015452585910
เลขที่เช็ค 26941459 ลงวันที่ 5/2/64
จำนวนเงิน 15,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)
จ่ายให้
โรงเรียนอิสลามิยะฮ์สหวิทยา มูลนิธิ

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายนิพันธ์ เมืองสง)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายจำรัส บำรุงเสนา)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 15,000.00 บาท

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1)
( )
ตำแหน่ง .....
ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน (2)
( )
ตำแหน่ง .....
วันที่ .....

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 15,000.00 บาท

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นางสุพิศเทพภักดี)
ตำแหน่ง ผอ.กองคลัง
วันที่ .....

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

สแกนด้วย CamScanner

เล่มที่ 04 เลขที่ 0164

ใบเสร็จรับเงิน

โรงเรียนอิสลามียะฮ์สหวิทยา มูลนิธิ

7 หมู่ที่ 8 ต.เขาชัยสน อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง

โทร. 074-641542

วันที่ 16 เดือน กพ. พ.ศ. 64

นาม กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.เขาชัยสน

ที่อยู่ 815 ม.3 ต.เขาชัยสน อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง

จำนวน	รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
1	- ได้รับเงินสนับสนุนโครงการ ดำนี้	1	15,000
	1. โครงการส่งเสริมการบริโภคอาหาร		
	ปลอดภัย		
	2. โครงการวัยรุ่นวัยใส ห่างไกล	1	12,000
	อาเสพติด		

สองหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน

รวมเงิน 27,000

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

สแกนด้วย CamScanner