

เลขที่....๑๒..... /๖๔

## ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสว.นอก  
ตำบลสุคริริน อำเภอสุคริริน จังหวัดนราธิวาส

วันที่ ..... ๑๙ พย ๒๕๖๔ .....

ข้าพเจ้า นางนันทยา เกษสุพรรณ อยู่บ้านเลขที่ ๔๗/๓ หมู่ ๒ ตำบลสุคริริน อำเภอสุคริริน จังหวัดนราธิวาส  
ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสว.นอก ดังมีรายการต่อไปนี้

| รายการ  | จำนวนเงิน |        |
|---|-----------|--------|
|   | บาท       | สตางค์ |
| ค่าใช้จ่ายในการจัดทำโครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 ตำบลมาโมง อำเภอสุคริริน จังหวัดนราธิวาส ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ -กิจกรรมที่ ๑<br>ประชุมทีมอสม.และเครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบ<br>สถานที่ ณ ศาลาอเนกประสงค์ประจำหมู่บ้าน ดังนี้<br><br>วันที่ ๑๕ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ ๒๕๖๔<br>หมู่ ๙ บ้านราษฎร์พัฒนา เวลา ๑๓.๓๐ น.- ๑๕.๑๕ น.<br><br>วันที่ ๑๖ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ ๒๕๖๔<br>หมู่ ๑๐ บ้านสามชอย เวลา ๑๓.๓๐ น.- ๑๕.๐๐ น.<br><br>ผู้จำหน่ายอาหาร นางนันทยา เกษสุพรรณ<br>หมายเลขบัตรประชาชน ๑ ๙๖๙๘ ๐๐๐๕๖ ๑๐ ๖<br>อยู่บ้านเลขที่ ๔๗/๓ หมู่ ๒ ตำบลสุคริริน อำเภอสุคริริน<br>จังหวัดนราธิวาส<br><br>-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม<br>กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓๐ คน<br>จำนวน ๑ มื้อ มื้อละ ๒๕ บาท รวมเป็นเงิน |           |        |
| รวมเงิน (เจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)   | ๗๕๐       | -      |

**จ่ายเงินแล้ว**นางสาวมณฑา จินดาเพ็ชร  
พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ  
๑๙ พย ๒๕๖๔

ข้าพเจ้าได้รับเงินจำนวนนี้ถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....*นันทยา*.....ผู้รับเงิน  
(นางนันทยา เกษสุพรรณ)ลงชื่อ.....*SAPE*.....ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวอภิรตี ศรีสุวรรณ)  
นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ