

ใบสำคัญรับเงิน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง

วันที่ ๕ เดือน ๓.๓. พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า.....นางชานีเยฮ อัสวานี.....บ้านเลขที่.....๑๖๖/๒๘.....หมู่ที่.....๒.....ตำบลตุง.....

อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สตางค์
โครงการส่งเสริมภาวะโภชนาการมารดา และทารก ปี ๒๕๖๔		
จัดกิจกรรมประชุมชี้แจงการดำเนินงานและให้ความรู้แก่ อสม. ในวันที่ ๙,๑๐ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง		
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๔๓ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ เป็นเงิน	๒,๑๕๐	-
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๔๓ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ เป็นเงิน	๒,๑๕๐	-
รวมเงิน	๔,๓๐๐	-

รวมเงินทั้งสิ้น ๔,๓๐๐ (สี่พันสามร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....*Silw*.....ผู้รับเงิน

(นางชานีเยฮ อัสวานี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

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

(นางสาวสีดีไอเสาะ สلاب่อ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

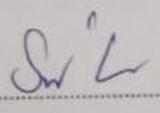
สิงหาคม ๒๕

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๙-พ.ค.-๖๕	ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๓ คน อัตราคนละ ๕๐ บาทจำนวน ๑ มื้อ	๑,๑๕๐	
	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๓ คน อัตราคนละ ๒๕ บาทจำนวน ๒ มื้อ	๑,๑๕๐	
๑๐-พ.ค.-๖๕	ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๐ คน อัตราคนละ ๕๐ บาทจำนวน ๑ มื้อ	๑,๐๐๐	
	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๐ คน อัตราคนละ ๒๕ บาทจำนวน ๒ มื้อ	๑,๐๐๐	
		๔,๓๐๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) สี่พันสามร้อยบาทถ้วน

ข้าพเจ้า นางชานีเยช อีลาวนี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กอง/ฝ่าย กลุ่มงานเวชปฏิบัติ
ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในนามของราชการโดยแท้

(ลงชื่อ).....


(นางชานีเยช อีลาวนี)

วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕