

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

| วัน เดือน ปี | รายละเอียดรายจ่าย | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
|--------------|---|-----------|----------|
| ๙-มิ.ย.-๖๕ | -ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ | ๑,๒๕๐ | |
| ๑๐-มิ.ย.-๖๕ | -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ | ๑,๒๕๐ | |
| ๑๑-มิ.ย.-๖๕ | -ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ | ๑,๒๕๐ | |
| ๑๒-มิ.ย.-๖๕ | -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ | ๑,๒๕๐ | |
| ๑๓-มิ.ย.-๖๕ | -ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ | ๑,๒๕๐ | |
| ๑๔-มิ.ย.-๖๕ | -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ | ๑,๒๕๐ | |
| ๑๕-มิ.ย.-๖๕ | -ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ | ๑,๒๕๐ | |
| | -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ | ๑,๒๕๐ | |
| | | ๑๐,๐๐๐ | |

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....หนึ่งหมื่นบาทถ้วน.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวสิตีไอเสาะ สลับ่อ.....ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

กอง/ฝ่าย กลุ่มงานเวชปฏิบัติ ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้และ

ข้าพเจ้าได้จ่ายไปในนามของราชการโดยแท้

(ลงชื่อ)



(นางสาวสิตีไอเสาะ สลับ่อ)

วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕

ใบสำคัญรับเงิน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง

วันที่ ๔ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า นางสาวสีดีไอเสาะ สลับ่อ บ้านเลขที่ ๒๕ หมู่ที่ ๒ ตำบลคลองตันหยง

อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ได้รับเงินจาก รพ.สต.คลองตันหยง (งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล)

| รายการ | จำนวนเงิน | | หมายเหตุ |
|--|-----------|--------|----------|
| | บาท | สตางค์ | |
| โครงการสตรีคลองตันหยง ท่างไกลโรคมะเร็งปากมดลูกและโรคมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๔ ๒)จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจและแจ้งผลการคัดกรอง ของกลุ่มเป้าหมายสตรีอายุ ๓๐-๖๐ปี ในวันที่ ๙,๑๐,๑๓,๑๔ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง | | | |
| - ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๑๐๐ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ เป็นเงิน | ๕,๐๐๐ | ๐๐ | |
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑๐๐ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ เป็นเงิน | ๕,๐๐๐ | ๐๐ | |
| รวม (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) | ๑๐,๐๐๐ | ๐๐ | |

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางสาวสีดีไอเสาะ สลับ่อ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวปาตีเมาะ ตือราแมหะยี)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง