

**ใบสำคัญรับเงิน**  
**(สำหรับวิทยากร)**

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....  
 โครงการ/หลักสูตร โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการรุนแรงที่อิมปริตรที่มาน ของศูนย์การศึกษาพิเศษ  
ประจำจังหวัดปราจีนบุรี ห้องอิมปริตรคิวโนก-๐๓

วันที่ ๑๓ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า นางสาวพรดา ชัยกัน เป่าวีซี อยู่บ้านเลขที่ ๑๕๓ ม.๔

ตำบล/แขวง มะนิงตาบ อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด ปราจีนบุรี

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าตอบแทนวิทยากรโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการรุนแรงที่อิมปริตรที่มาน	๒๕๖
ของศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปราจีนบุรี ห้องอิมปริตรคิวโนก-๐๓	๓,๖๐๐
วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๑ ๖๐๐ ม. x ๖ ชม. <span style="float:right">เมืงฉิ่น</span>	
บาท	๓,๖๐๐

จำนวนเงิน ( สามพัน หกร้อย บาทถ้วน )

(ลงชื่อ)..... พรดา ชัยกัน เป่าวีซี ผู้รับเงิน  
 (ตทท) พรดา ชัยกัน เป่าวีซี

(ลงชื่อ).....   ผู้จ่ายเงิน  
 (น.ส. ไฉน ฉวี )