ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก.....

โครงการ / หลักสูตร.....ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์แพทย์ใกล้ใจ ๒.....

วันที่.....๑๗.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๐.....

ข้าพเจ้า.....นายอาชูวัลย์ สะแลแม.....อยู่บ้านเลขที่.....10 ประดาวิชัยน์ ซ.21.....

ตำบล/แขวง.....สุไหงโก-ลก.....อำเภอ/เขต.....สุไหงโกลก.....จังหวัด.....นราธิวาส.....

ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก.....ดังรายการต่อไปนี้.-

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าตอบแทนวิทยากร ชั่วโมงละ ๓๐๐ บาท x ๒ ชั่วโมง x ๒ วัน	๑,๒๐๐	
บาท	๑,๒๐๐	

จำนวนเงิน (.....หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน.....)

(ตัวอักษร)

(ลงชื่อ).....X.....ผู้รับเงิน

(.....นายอาชูวัลย์ สะแลแม.....)

(ลงชื่อ).....กันยา อนงค์ชัย.....ผู้จ่ายเงิน

(.....นางสาวกันยา อนงค์ชัย.....)

บก. ... วันที่ 10 มิถุนายน 2557