



เล่มที่.....1.....

เลขที่.....๑/๖๐.....

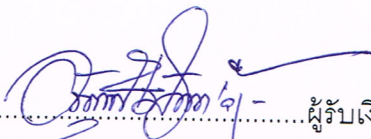
ใบเสร็จรับเงิน

วันที่ ๒1 เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐

กองทุนหลักประกันสุขภาพ อ.ค. ๑๒๖๖๖ เลขที่ - หมู่ที่ 1
ตำบล ๑๒๖๖๖ อำเภอ ความกาหลง จังหวัด สตูล
ได้รับเงินจาก กลุ่มเพื่อนความกาหลง ที่อยู่ คลินิก ARV
..... โรงพยาบาลความกาหลง อำเภอความกาหลง จังหวัดสตูล
ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รับเงินคืนตามโครงการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี/เอดส์ในวัยเรียน ตำบล ๑๒๖๖๖	๒๐,๖๐๐	-
บาท	๒๐,๖๐๐	-

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (สองหมื่นหกพันร้อยบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....  ผู้รับเงิน
(นางสาวอภิญญา หมินโรจน์)
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน