

ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลสุโขทัย.....
โครงการ / หลักสูตร อบรมเชิงปฏิบัติการหนานปี Gen Z (15 วัน 6 คืน)

วันที่ ๖ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้าพเจ้า นาง สตรีวรรณ นนคินทร์ อยู่บ้านเลขที่ ๒๑๖

ตำบล/แขวง ด.หนองควา ๑ อำเภอ/เขต สุโขทัย จังหวัด สุโขทัย

ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลสุโขทัย..... คังรายการต่อไปนี้-

รายการ	จำนวนเงิน	
<u>- ค่าอาหารกลางวัน วิทยากร ๔ คน x ๖ ชม.</u>	<u>๒๔๐๐</u>	-
บาท	<u>๒๔๐๐</u>	-

จำนวนเงิน (สองพันสี่ร้อย บาท)

(ตัวอักษร)

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้รับเงิน

(นาง สตรีวรรณ นนคินทร์)

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้จ่ายเงิน

(ท. พงษ์ ธรรม)