



เล่มที่ 1.....

เลขที่ 18/64.....

ใบเสร็จรับเงิน

วันที่ 20..... เดือน กันยายน..... พ.ศ. 2561.....

กองทุนหลักประกันสุขภาพ อมต. อุไรรัตน์..... เลขที่..... หมู่ที่ 1.....

ตำบล อุไรรัตน์..... อำเภอ ความกาหลง..... จังหวัด สกล.....


ได้รับเงินจาก องค์การบริหารส่วนตำบลอุไรรัตน์..... ที่อยู่..... หมู่ที่ 1.....

..... ตำบลอุไรรัตน์..... อำเภอความกาหลง..... จังหวัดสกล.....

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รับเงินคืน 1. ตามโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ "รอยยิ้มสดใส เด็กอุไรรัตน์ ปี 5" ประจำปีการศึกษา 2561	3,260.-	-
2. ตามโครงการเห็นตัวกรมเร่งรัด Smart children ประจำปีการศึกษา 2561	630.-	-
บาท	3,890.-	-

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (...สามพันแปดร้อยเก้าสิบบาทถ้วน...)

ลงชื่อ..... ..... ผู้รับเงิน
(ชาวันไชย ชันตาพงษ์)

เช็ค
CHECK
PAYEE ONLY

ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาควนกาหลง
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL COOPERATIVES

วันที่ Date 19 ก.ย. 2561
๗ ๖ ๕ ๔ ๓ ๒ ๑

29352675

130 หมู่ 1 ต.ทุ่งนุ้ย อ.ควนกาหลง จ.สตูล 91130

จ่าย Pay

กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.อุไคเจริญ อ.ควนกาหลง

หรือผู้ถือ or Bearer

จำนวนเงิน (บาท)
The sum of (Baht)

สามพันแปดร้อยเก้าสิบบาทถ้วน

B

*** 3,890.00 ***

ผู้รับเงิน

องค์การบริหารส่วนตำบลอุไคเจริญ

[Handwritten signatures]

CMP

เช็คเลขที่ Cheque No.

สำนักงานเลขที่ Office No.

บัญชีเลขที่ Account No.

สำหรับเจ้าหน้าที่ For Official Use Only

๒๕๖๑ ๒๙๓๕๒๖๗๕ ๐๓๔ ๐๕๐ ๒๖ ๒๗๕๕๐๐๐๐๕๗