

แบบตอบรับเป็นวิทยากร

โครงการ โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย ปี ๒๕๖๑

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาง ๓๔

ระหว่างวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านฝาง๓๔

(นาย/นาง/นางสาว) ธนฤดี ยาหมื่น

ตำแหน่งทางวิชาการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเหนือคลอง

ที่อยู่

โทรศัพท์ ๐๘๓-๑๕๕๐๔๖๙

โทรสาร

E-mail

ยินดีเป็นวิทยากร

มี

ไม่มี

สื่อ/เอกสารประกอบการบรรยาย/อภิปราย

ไม่สามารถเป็นวิทยากรได้และขอเสนอผู้แทนคือ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

(นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่งทางวิชาการ

หน่วยงาน

ที่อยู่

โทรศัพท์

โทรสาร

E-mail

มี

ไม่มี

สื่อ/เอกสารประกอบการบรรยาย/อภิปราย

(ลงชื่อ) ทนฤดี ยาหมื่น

(นางสาวธนฤดี ยาหมื่น)

โปรดส่งแบบตอบรับเป็นวิทยากร พร้อมประวัติวิทยากร กลับไปที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาง 34

เลขที่ 159 หมู่ที่ 2 ตำบลอุโตเจริญ อำเภอกวนกาหลง จังหวัดสตูล 91130

หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณอมรประภา นะคงคา ผู้ประสานโครงการ โทรศัพท์ 0 9๖๖๔๕ ๖๘๖๔

E-mail : amp\_koy\_9889@hotmail.com

รับรองสำเนาถูกต้อง

(นางสาวอมรประภา นะคงคา)

พยาบาลวิชาชีพ

# ใบสำคัญรับเงิน

## สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ่ง ๓๔.....

โครงการ/หลักสูตร..โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย ปี ๒๕๖๑

วันที่.....๘.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๑.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวธนฤดี .....ยาหมื่น.....อยู่บ้านเลขที่.....๕๕๖.....

ตำบล/แขวง.....ควนโดน.....อำเภอ/เขต.....ควนโดน.....จังหวัด.....สตูล.....

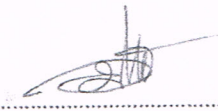
ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผึ่ง ๓๔.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าวิทยากร ชั่วโมงละ ๖๐๐ จำนวน ๔ ชั่วโมง x ๑ คน เป็นเงิน	๒,๔๐๐ ๐๐
(โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย ปี ๒๕๖๑)	
บาท	๒,๔๐๐ ๐๐

จำนวนเงิน (.....สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..... คุณอุทัย ยาหมื่น .....ผู้รับเงิน

(.....นางสาวธนฤดี ยาหมื่น.....)

(ลงชื่อ).....  .....ผู้จ่ายเงิน

(.....นางสาวอมรประภา นะคงคา.....)

รับรองสำเนาถูกต้อง



(นางสาวอมรประภา นะคงคา)  
พยาบาลวิชาชีพ

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9199 00068 76 9

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ธนฤดี ยามิน  
 Name Miss Thanareadee  
 Last name Yamin  
 เกิดวันที่ 4 พ.ค. 2530 Date of Birth 4 May 1987  
 ศาสนา อิสลาม  
 ที่อยู่ 446 หมู่ที่ 1 ต.ควนโดน อ.ควนโดน จ.สตูล  
 20 มี.ย. 2555 วันออกบัตร 3 พ.ค. 2564 วันบัตรหมดอายุ  
 20 Jun. 2012 (พ.ศ. 2555) (พ.ศ. 2555) 3 May 2021 Date of Issue วันที่ออกบัตร Date of Expiry

9102-02-06201504

สำเนาถูกต้อง  
 ธนฤดี ยามิน  
 (น.ส.ธนฤดี ยามิน)

BORA-26-05

ประเทศไทย  
 THAILAND

JC1-0579684-09

รับรองสำเนาถูกต้อง  
 (นางสาวอมรประภา นະคงคา)  
 พยาบาลวิชาชีพ