





ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะลูวอ จังหวัดนราธิวาส

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๑๑ พ.ย. ๒๕๖๒	ค่าใช้จ่าย กิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่นำผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ...โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะลูวอ		
		<b>จ่ายเงินแล้ว</b>	
	ผู้จำหน่าย/สถานที่จำหน่าย นางสาวอัสมะห์ เจะเฮง ร้านอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๗๐ คน	(นางสาวอัสมะห์ เจะเฮง)	(๑๖๖)
	จำนวน ๒ มื้อ มื้อละ ๒๕ บาท	เป็นเงิน ๓,๕๐๐	
	ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๗๐ คน		
	จำนวน ๑ มื้อ มื้อละ ๕๐ บาท	เป็นเงิน ๓,๕๐๐	
		<b>รวมทั้งสิ้น</b>	
		<b>๗,๐๐๐</b>	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) เจ็ดพันบาทถ้วน

ข้าพเจ้า นางสาวซาลีฮา เซะ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สังกัด .....สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส.....ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงิน  
จากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

( ลงชื่อ ) ..... *ซาลีฮา* ..... (๑)

(นางสาวซาลีฮา เซะ)

วันที่ ๑๑ พ.ย. ๒๕๖๒ .....

**สำเนาถูกต้อง**

หมายเหตุ (๑) ข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จัดการประชุม

*ซาลีฮา*

(นางสาวซาลีฮา เซะ)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9601 00123 95 3

ชื่อตัว Miss น.ส. ฮัสมาห์ เจ๊ะเฮง  
 Name Miss Hasmah  
 ชื่อจริง Jeheng  
 ชื่อจริง Jeheng  
 วันที่เกิด 26 มี.ค. 2537  
 Date of Birth 26 Mar. 1994  
 ศาสนา อิสลาม

ที่ออกบัตร 1 ต.กะหวา อ.เมืองนราธิวาส  
 4.14718348  
 27 มี.ค. 2570  
 27 Mar. 2027  
 27 Mar. 2027  
 27 Mar. 2027  
 27 Mar. 2027

สงวนลิขสิทธิ์ (สงวนลิขสิทธิ์)  
 Copyright Reserved (สงวนลิขสิทธิ์)  
 เลขบัตรประชาชน Identification Number 9601 01-11270856



สำเนาถูกต้อง  
 ฮัสมาห์ เจ๊ะเฮง  
 นางสาว ฮัสมาห์ เจ๊ะเฮง

BORA-10.5-05-2561



LETTERING  
 THAILAND

**สำเนาถูกต้อง**

๒๕๖๗

(นางสาวซาลียา เซะ)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกะลุวอ จังหวัดนราธิวาส

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๒๕ พ.ย. ๒๕๖๒	ค่าใช้จ่าย กิจกรรมตรวจคัดกรอง/ประเมินสุขภาพร่างกาย และจิตใจผู้สูงอายุ วันที่ ๑๕,๑๘,๒๐,๒๒,๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ ศาลาอเนกประสงค์และมัสยิดประจำหมู่บ้าน		
	ผู้จำหน่าย/สถานที่จำหน่าย ...นางยุสลิสา มุดอ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๐๐ คน		
	จำนวน ๒ มื้อ มื้อละ ๒๕ บาท	เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐	
	ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๐๐ คน		
	จำนวน ๑ มื้อ มื้อละ ๕๐ บาท	เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐	
		รวมทั้งสิ้น ๒๐,๐๐๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) สองหมื่นบาทถ้วน

ข้าพเจ้า นางสาวซาลีฮา เซะ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สังกัด .....สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส.....ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

( ลงชื่อ ) .....ซาลีฮา..... (๑)

(นางสาวซาลีฮา เซะ)

วันที่ ๒๕ พ.ย. ๒๕๖๒

หมายเหตุ (๑) ข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จัดการประชุม

**สำเนาถูกต้อง**

ซาลีฮา

(นางสาวซาลีฮา เซะ)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9601 00254 52 3

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาง ยูลีเสา มุดอ**  
 Name Mrs. Yusleesa  
 Last name Mudo

เกิดวันที่ 14 ธ.ค. 2515  
 Date of Birth 14 Dec. 1972

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 58/1 หมู่ที่ 1 ต.กะลุวอ อ.เมืองนราธิวาส  
 จ.นราธิวาส

16 พ.ย. 2555 13 ธ.ค. 2563  
 วันออกบัตร วันบัตรหมดอายุ  
 16 Nov. 2012 13 Dec. 2020  
 Date of Issue Date of Expiry

9903-02-11161047



สำเนาถูกต้อง,  
**ยูลีเสา มุดอ**  
 (นาง ยูลีเสา มุดอ)

BORA-26-06

THAILAND

01-0628144-96

**สำเนาถูกต้อง**

หน้า ๖

(นางสาวชาลีชา เซะ)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ







สัญญาการยืมเงิน

เลขที่ ๓/๖๗

วันครบกำหนด

- ๗ ธ.ค. ๒๕๖๒

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส

ข้าพเจ้า นางสาวชาลิษา เซะ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกะลุวอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส มีความประสงค์ขอยืมเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกะลุวอ (งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลกะลุวอ) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กิจกรรมอบรมให้ความรู้แกนนำผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (วันที่ ๑๑ พย. ๒๕๖๒)		
๑. ค่าอาหารกลางวันแกนนำสุขภาพจำนวน ๗๐ คน X ๕๐ บาท	เป็นเงิน	๓,๕๐๐ บาท
๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๗๐ คน X ๒ มื้อ X มื้อละ ๒๕ บาท	เป็นเงิน	๓,๕๐๐ บาท
กิจกรรมตรวจคัดกรอง/ประเมินสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ (วันที่ ๑๕,๑๘,๒๑,๒๒,๒๕ พย. ๒๕๖๒)		
๑. ค่าอาหารกลางวันกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๒๐๐ คน X ๕๐ บาท	เป็นเงิน	๑๐,๐๐๐ บาท /
๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒๐๐ คน X ๒ มื้อ X มื้อละ ๒๕ บาท	เป็นเงิน	๑๐,๐๐๐ บาท /
รวมเป็นเงิน(ตัวอักษร) สองหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน /	รวมเป็นเงิน	๒๗,๐๐๐ บาท

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย(ถ้ามี)ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลังคือภายใน ๓๐/วันนับแต่วันที่จัดอบรมให้ความรู้ถ้าข้าพเจ้าไม่ทำตามกำหนด ข้าพเจ้ายอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัดบ้านญาติ บำเหน็จหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับจากทางราชการ ชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที  
ลายมือชื่อ.....<sup>ชาลิษา</sup>.....ผู้ยืม วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน ๒๗,๐๐๐ บาท ( สองหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน )  
(ลงชื่อ).....<sup>จ๊ะ</sup>..... วันที่ ..... ๗ พ.ย. ๒๕๖๒.....

(นางสาวชาลิษา คอเลาะ)  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

คำอนุมัติ

อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ จำนวน ๒๗,๐๐๐ บาท ( สองหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน )  
(ลงชื่อ) ผู้อนุมัติ..... วันที่..... ๗ พ.ย. ๒๕๖๒.....

( นายอศุทธ์ มูซอ )  
สาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส

สำเนาถูกต้อง

ใบรับเงิน

ได้รับเงินยืมจำนวน ๒๗,๐๐๐ บาท ( สองหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน ) ไปเป็นการถูกต้อง  
(ลงชื่อ).....<sup>ชาลิษา</sup>..... วันที่..... ๗ พ.ย. ๒๕๖๒.....

( นางสาวชาลิษา เซะ )  
พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

(นางสาวชาลิษา เซะ)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

รายการส่งใช้เงินยืม

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	รายการส่งใช้		คงค้าง	ลายมือชื่อผู้รับ	ใบรับเลขที่
		เงินสดหรือใบสำคัญ	จำนวนเงิน			
-	๗ ธ.ค. ๒๕๖๒		๒๗,๐๐๐	-		

หมายเหตุ

- (๑) ยินต่อผู้อำนวยการคลัง หัวหน้ากองคลัง หรือตำแหน่งอื่นใดที่ปฏิบัติงานเช่นเดียวกันแล้วแต่กรณี
- (๒) ให้ระบุชื่อส่วนราชการที่จ่ายเงินยืม (๓) ระบุวัตถุประสงค์ที่จะนำเงินยืมไปใช้จ่าย (๔) เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ



สัญญาการยืมเงิน

เลขที่ ๗/๖๓

วันครบกำหนด

- ๗ มี.ค. ๒๕๖๒

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส

ข้าพเจ้า นางสาวซาลิฮา เซะ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกะลุวอ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส มีความประสงค์ขอยืมเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกะลุวอ (งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลกะลุวอ) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กิจกรรมอบรมให้ความรู้แกนนำผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (วันที่ ๑๑ พย. ๒๕๖๒)

๑. ค่าอาหารกลางวันแกนนำสุขภาพจำนวน ๗๐ คน X ๕๐ บาท เป็นเงิน ๓,๕๐๐ บาท

๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๗๐ คน X ๒ มื้อ X มื้อละ ๒๕ บาท เป็นเงิน ๓,๕๐๐ บาท

กิจกรรมตรวจคัดกรอง/ประเมินสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ (วันที่ ๑๕,๑๘,๒๐,๒๒,๒๕ พย. ๒๕๖๒)

๑. ค่าอาหารกลางวันกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๒๐๐ คน X ๕๐ บาท เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒๐๐ คน X ๒ มื้อ X มื้อละ ๒๕ บาท เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน(ตัวอักษร) สองหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน รวมเป็นเงิน ๒๗,๐๐๐ บาท

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงินที่เหลือจ่าย(ถ้ามี)ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลังคือภายใน ๓๐ วันนับแต่วันที่จัดอบรมให้ความรู้ถ้าข้าพเจ้าไม่ทำตามกำหนด ข้าพเจ้ายอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัดบำนาญ บำเหน็จหรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับจากทางราชการ ชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที  
ลายมือชื่อ..... ๖๕๖๗ .....ผู้ยืม วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน ๒๗,๐๐๐ บาท ( สองหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน )  
(ลงชื่อ)..... ๖๕๖๗ ..... วันที่ ..... ๗ พ.ย. ๒๕๖๒

(.....(นางสาวซาลิฮา เซะ.....)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ คำอนุมัติ

อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ จำนวน ๒๗,๐๐๐ บาท ( สองหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน )  
(ลงชื่อ) ผู้อนุมัติ..... ๖๕๖๗ ..... วันที่..... ๗ พ.ย. ๒๕๖๒

( นายอัครชัย มูซอ )

สาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส

สำเนาถูกต้อง

ใบรับเงิน

๖๕๖๗

ได้รับเงินยืมจำนวน ๒๗,๐๐๐ บาท ( สองหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน ) ไปเป็นการถูกต้อง  
(ลงชื่อ)..... ๖๕๖๗ ..... วันที่..... ๖ พ.ย. ๒๕๖๒

( นางสาวซาลิฮา เซะ )

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

นางสาวซาลิฮา เซะ  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

รายการส่งใช้เงินยืม

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	รายการส่งใช้		คงค้าง	ลายมือชื่อผู้รับ	ใบรับเลขที่
		เงินสดหรือใบสำคัญ	จำนวนเงิน			
-	๕ มี.ค. ๒๕๖๒		๒๗,๐๐๐	-		

หมายเหตุ

(๑) ยื่นต่อผู้อำนวยการคลัง หัวหน้ากองคลัง หรือตำแหน่งอื่นใดที่ปฏิบัติงานเช่นเดียวกันแล้วแต่กรณี

(๒) ให้ระบุชื่อส่วนราชการที่จ่ายเงินยืม (๓) ระบุวัตถุประสงค์ที่จะนำเงินยืมไปใช้จ่าย (๔) เสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ