

เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 21 ก.ค. 2560

ข้าพเจ้า ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล ได้รับเงินจาก กองทุน
หลักประกันสุขภาพตำบลท่าเรือ รายละเอียดดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- เงินค่าโครงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนตำบลท่าเรือ	เป็นเงิน	10,000 -
จำนวนเงิน (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)	10,000	-

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(*อสม. ท่าเรือ*)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(*นางสาวชิตานันท์ ชัยม เตาขาวโต*)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(..นางสาวอามิณา กรมเมือง..)
ผู้อำนวยการกองคลัง