

บค. ที่ 2 / 2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า...นางสาวคอมซาร์..ใบหมัด...เลขประจำตัวประชาชน...3940200413836... อยู่บ้านเลขที่...138/1...หมู่ที่...3...ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงิน จาก ...โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง...ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
<p>วันที่ 20 , 27 ตุลาคม 2565</p> <p>- ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก 0- 5 ปีในชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 2 วัน</p> <p style="text-align: right;">เป็นเงิน</p>	100.00
<p>จ่ายเงินแล้ว</p> <p>สำเนา ทขาดหลัง</p> <p>(นางสาวอารีดา หมดหลัง)</p> <p>เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน</p> <p>27 ต.ค. 2565</p>	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวม 100.00
เงิน	

(ลงชื่อ).....คอมซาร์.....ผู้รับเงิน
(..นางสาวคอมซาร์..ใบหมัด.....)

(ลงชื่อ).....สำเนา.....ทขาดหลัง.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมดหลัง)

บค. ที่.....2...../.....2566.....

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง
ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่...15.....เดือน.....พ.ย.....พ.ศ. 2565.....

ข้าพเจ้า...นางสาวคอมซาร์ท..ใบหมัด.....เลขประจำตัวประชาชน....3940200413836.....
อยู่บ้านเลขที่.....46.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 1 , 8 , 15 พฤศจิกายน 2565	
- ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก 0- 5 ปีใน ชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 3 วัน	✓
เป็นเงิน	150.00
จ่ายเงินแล้ว	
ยาสิต หมายดหลัง	
(นางสาวอารีดา หมายดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาบ 15 พ.ย. 2565	✓
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน	150.00
รวมเงิน	

(ลงชื่อ).....คอมซาร์ท.....ผู้รับเงิน
(..นางสาวคอมซาร์ท..ใบหมัด.....)

(ลงชื่อ).....ยาสิต.....หมายดหลัง.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมายดหลัง)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 Identification Number **3 9402 00413 83 6**

ชื่อจริง น.ศ. **คอมซัน ไบหมัด**
 Name **Miss Khomsah**
 Last name **Beimad**
 เกิดวันที่ **29 มิ.ย. 2520**
 Date of Birth **29 Jun. 1977**

ชื่อ 138/1 หมู่ที่ 3 ต.กกก
 อ.พานิชย์ จ.ยโสธร
 13 ต.ค. 2563
 วันหมดอายุ
 13 May 2023
 Date of expiry

28 มิ.ย. 2571
 วันหมดอายุ
 28 Jun. 2027
 Date of expiry

9507-04-05120863

สำเนาถูกต้อง
 คอมซัน -
 คอมซัน ไบหมัด

BORA-10.7-05-2562

THAILAND

ME2-1375327-36

1 SINGVAC
 2 SINGVAC

บค. ที่ 3 / 2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า...นางสาวรอหิมะ...สามแมง...เลขประจำตัวประชาชน...3950500221967...
อยู่บ้านเลขที่...218...หมู่ที่...3...ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 20 , 27 ตุลาคม 2565 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก 0- 5 ปีในชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 2 วัน	เป็นเงิน 100.00
จ่ายเงินแล้ว	
สาริต นพาดหลัง (นางสาวอารีดา หมดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน 27 ต.ค. 2565	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00

(ลงชื่อ).....รอหิมะ.....ผู้รับเงิน
(..นางสาวรอหิมะ...สามแมง.....)

(ลงชื่อ).....อารีดา หมดหลัง.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมดหลัง)

บค. ที่ 3 / 2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง
ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า...นางสาวรอหิมะ...สาแมง.....เลขประจำตัวประชาชน.... 3950500221967.....
อยู่บ้านเลขที่..... 218.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
<p>วันที่ 1 , 8 , 15 พฤศจิกายน 2565</p> <p>- ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก 0 - 5 ปีในชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 3 วัน</p> <p style="text-align: right;">เป็นเงิน 150.00</p> <p style="text-align: center;">จ่ายเงินแล้ว</p> <p style="text-align: center;">สารึก หัตถ์ที่หิ้ง</p> <p style="text-align: center;">(นางสาวอารีดา หมดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน 15 พ.ย. 2565</p>	150.00
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน	รวมเงิน 150.00

(ลงชื่อ).....รอหิมะ.....ผู้รับเงิน
(..นางสาวรอหิมะ...สาแมง.....)

(ลงชื่อ).....สารึก.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมดหลัง)

บค. ที่...../.....2566.....


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9505 00221 96 7

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. รอหิมาะ สามีง
 Name Miss Rohimah
 Last name Samaeng
 เกิดวันที่ 3 มี.ค. 2519
 Date of Birth 3 Mar. 1976



อายุ 218 มม. 3 ต.กาบอง
 อ.กาบอง จ.ยะลา
 22 ก.ค. 2559
 วันหมดอายุ 22 Jul. 2016
 Date of Issue

2 มี.ค. 2568
 วันหมดอายุ 2 Mar. 2025
 Date of Expiry



9507-03-07221132

คำนำหน้าชื่อ
 รอหิมาะ
 นาม รอหิมาะ สามีง

BORA-7.2-03-2559



 THAILAND

JT3-1024538-06

บค. ที่ 4 / 2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า...นางชากีนะ...ปรีณี.....เลขประจำตัวประชาชน.....2950700001261.....
อยู่บ้านเลขที่.....296.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
<p>วันที่ 20 , 27 ตุลาคม 2565</p> <p>- ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก 0- 5 ปีในชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 2 วัน</p> <p style="text-align: right;">เป็นเงิน</p>	100.00
<p>จ่ายเงินแล้ว</p> <p>สำเนา ทพด.หลัง</p> <p>(นางสาวอารีดา หมาดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติการ 27 ต.ค. 2565</p>	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00

(ลงชื่อ).....ชากีนะ.....ผู้รับเงิน
(..นางชากีนะ...ปรีณี.....)

(ลงชื่อ).....สำเนา ทพด.หลัง.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมาดหลัง)

บค. ที่.....4...../.....2566.....

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง
ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า...นางซากินะ...ปรีณี.....เลขประจำตัวประชาชน.....2950700001261.....
อยู่บ้านเลขที่.....296.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 1, 8, 15 พฤศจิกายน 2565 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนในพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก 0- 5 ปีใน ชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 3 วัน จ่ายเงินแล้ว คู่ใจ หาดาทัง (นางสาวอารีดา หมาดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข กิ่งกาบัง 15 พ.ย. 2565	เป็นเงิน 150.00
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน	รวมเงิน 150.00

(ลงชื่อ).....ซากินะ.....ผู้รับเงิน
(..นางซากินะ...ปรีณี.....)

(ลงชื่อ).....คู่ใจ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมาดหลัง)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 Identification Number 2 9507 00001 26 1
 ชื่อและนามสกุล **นาง ซากีนา ปรีณี**
 Name Mrs. Sakina
 Last name Preekee
 วันเกิด 14 ก.พ. 2520
 Date of Birth 14 Feb. 1977
 ศาสนา อิสลาม
 อายุ 296 หมู่ที่ 3 ต.ท.บาง
 อ.ท.บาง จ.ยะลา
 28 M.A. 2557
 Register 28 May 2014
 Date of Issue 13 ก.พ. 2566
 Register 13 Feb. 2023
 Date of Expiry 9507-01-05201432

(สำเนาถูกต้อง)

ซากีนา:

(นาง ซากีนา ปรีณี)

บค. ที่ 5 / 2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า...นางรอวิยะ...สะอ.....เลขประจำตัวประชาชน.....3950500232713.....
อยู่บ้านเลขที่.....222.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 20 , 27 ตุลาคม 2565	
- ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก ๐- ๕ ปีในชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 2 วัน	เป็นเงิน 100.00
จ่ายเงินแล้ว	
๓๖๓ หมายหลัง (นางสาวอารีดา หมายหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน 27 ต.ค. 2565	
(ตัวอักษร)	เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน รวมเงิน 100.00

(ลงชื่อ).....*รอวิยะ*.....ผู้รับเงิน
(..นางรอวิยะ...สะอ.....)

(ลงชื่อ).....*อารีดา หมายหลัง*.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมายหลัง)

บค. ที่.....๕...../.....2566.....

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะบันยัง
ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒5๖๕

ข้าพเจ้า...นางรอวียะ...สะอุ.....เลขประจำตัวประชาชน.....3950500232713.....
อยู่บ้านเลขที่.....222.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะบันยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 1 , 8 , 15 พฤศจิกายน 2565 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก ๐- ๕ ปีใน ชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 3 วัน จ่ายเงินแล้ว นางรัต ๗ หมดหลัง (นางสาวอารีดา หมดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติการ 15 พ.ย. 2565	เป็นเงิน 150.00
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน	รวมเงิน 150.00

(ลงชื่อ).....*รอวียะ*.....ผู้รับเงิน
(..นางรอวียะ.....สะอุ.....)

(ลงชื่อ).....*อารีดา หมดหลัง*.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมดหลัง)



บัตรประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 9505 00232 71 3
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง รอวิยะ สะอู

Name Mrs. Rorwiya

Last name Sa-ou

เกิดวันที่ 13 ส.ค. 2512

Date of Birth 13 Aug. 1969

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 222 หมู่ที่ 3 ต.กาบอง

อ.กาบอง จ.ยะลา

22 พ.ย. 2561

วันหมดอายุ

27 Nov. 2018

Date of Issue

พจนานุกรม

(ผู้ถือบัตร)

เจ้าพนักงานทะเบียน

12 ส.ค. 2570

วันบัตรหมดอายุ

12 Aug. 2027

Date of Expiry



9507-03-11221344

สำเนา สูกต๋อง
รอวิยะ

(นาย รอวิยะ สะอู)

BORA-10.5-05-2561



ประเทศไทย
THAILAND

ME1-1278902-26



บค. ที่.....6...../.....2566.....

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง
ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า...นางสาวนุรมา...มะเส็ง.....เลขประจำตัวประชาชน.....3950500238134.....
อยู่บ้านเลขที่.....434.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 20 , 27 ตุลาคม 2565 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก 0- 5 ปีใน ชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 2 วัน จ่ายเงินแล้ว ภักดี . นพ.ด.ท.ท.ภ (นางสาวอารีดา ημαดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน 27 ต.ค. 2565	เป็นเงิน 100.00
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00

(ลงชื่อ).....นุรมา.....ผู้รับเงิน
(..นางสาวนุรมา...มะเส็ง.....)

(ลงชื่อ).....ภักดี.....นพ.ด.ท.ท.ภ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา ημαดหลัง)

บค. ที่...../...2566.....

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า...นางสาวนุรมา...มะเส็ง.....เลขประจำตัวประชาชน...3950500238134.....
อยู่บ้านเลขที่.....434.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 1, 8, 15 พฤศจิกายน 2565 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนสงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก 0- 5 ปีในชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 3 วัน จ่ายเงินแล้ว ยาใต้ ทสทตพส (นางสาวอารีดา หมาดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน 15 พ.ย. 2565	เป็นเงิน 150.00
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน	รวมเงิน 150.00

(ลงชื่อ).....นุรมา.....ผู้รับเงิน
(..นางสาวนุรมา...มะเส็ง.....)

(ลงชื่อ).....ยาใต้ ทสทตพส.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมาดหลัง)

บค. ที่ ๗ / 2566

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง
ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า...นางหมีะซง...เซ็ง.....เลขประจำตัวประชาชน.....3950500232454.....
อยู่บ้านเลขที่.....167/1.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงิน
จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 20 , 27 ตุลาคม 2565 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก ๐- ๕ ปีใน ชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 2 วัน จ่ายเงินแล้ว ยารัต หมดท้ง (นางสาวอารีดา หมดท้ง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน 27 ต.ค. 2565	เป็นเงิน 100.00
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00

(ลงชื่อ)..... น.หมีะซง.....ผู้รับเงิน
(..นางหมีะซง...เซ็ง.....)

(ลงชื่อ)..... ยารัต หมดท้ง.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมดท้ง)

บค. ที่.....7...../.....2566.....

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง
ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....1๕.....เดือน.....พฤศจิกายน.....พ.ศ. 25๖๕.....

ข้าพเจ้า...นางหมีชง...ซึ่ง.....เลขประจำตัวประชาชน.....3950500232454.....
อยู่บ้านเลขที่.....167/1.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงิน
จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 1 , 8 , 15 พฤศจิกายน 2565 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก ๐- ๕ ปีใน ชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 3 วัน จ่ายเงิน	150.00
จ่ายเงินแล้ว ยาไต สุธาตพงษ์ (นางสาวอารีดา หมาดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขโรงเรียน 15 พ.ย. 2565	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน	รวมเงิน 150.00

(ลงชื่อ).....หมีชง.....ผู้รับเงิน
(..นางหมีชง...ซึ่ง.....)


(ลงชื่อ).....ยาไต สุธาตพงษ์.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมาดหลัง)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 Identification Number 3 9505 00232 45 4
 ชื่อผู้ถือบัตร นาง นภัสสร ศรี
 Name Mrs. Mahsong
 Last name Song
 เกิดที่ 10 ส.ค. 2523
 Date of Birth 10 Aug. 1980
 สัญชาติ ไทย
 Reg 167/1 หมู่ 3 ต.กุดชุม
 อ.เมือง ร.ยธภ
 01 ส.ค. 2562
 31 Jan. 2019
 Date of Issue
 9 ส.ค. 2570
 9 Aug. 2027
 Date of Expiry
 9907-03-01011052


ถัดมา กุดชุม

นภัสสร

นาง นภัสสร ศรี

BORA-10.5-05-2561

 THAILAND
 ME 1-1279027-60

บค. ที่.....8...../.....2566.....

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง
ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....27.....เดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ.....2565.....

ข้าพเจ้า...นางเจี๊มาลีโอนะ...เดหนี.....เลขประจำตัวประชาชน.....3950500234996.....
อยู่บ้านเลขที่.....59.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 20 , 27 ตุลาคม 2565 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก 0- 5 ปีใน ชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 2 วัน เป็นเงิน	100.00
จ่ายเงินแล้ว ยาไต ทหาตหลัง (นางสาวอารีดา หมาดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน 27 ต.ค. 2565	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00

(ลงชื่อ).....เจี๊มาลีโอนะ.....ผู้รับเงิน
(..นางเจี๊มาลีโอนะ...เดหนี.....)

(ลงชื่อ).....ยาไต.....ทหาตหลัง.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมาดหลัง)

บค. ที่.....8...../.....2566.....

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง
ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า...นางเจี๊มาสีอนะ...เดหนี.....เลขประจำตัวประชาชน...3950500234996.....
อยู่บ้านเลขที่.....59.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะป็นยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 1 , 8 , 15 พฤศจิกายน 2565 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก 0- 5 ปีใน ชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 3 วัน จ่ายเงินแล้ว ยาใจดี ทพททส (นางสาวอารีดา หมดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน 15 พ.ย. 2565	เป็นเงิน 150.00
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน	รวมเงิน 150.00

(ลงชื่อ).....เจ้ามาสีอนะ.....ผู้รับเงิน
(..นางเจี๊มาสีอนะ...เดหนี.....)(ลงชื่อ).....ยาใจดี.....ทพททส.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมดหลัง)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9505 00234 99 6
 ชื่อและชื่อสกุล **นาง เจ๊ะมาลีโอนะ เดหนี**
 Name **Mrs. Jheamasuena**
 Last name **Deni**
 เกิดวันที่ 7 เม.ย. 2518
 Date of Birth **7 Apr. 1975**
 ศาสนา อิสลาม
 อายุ 59 หมู่ที่ 3 ต.กำแพง อ.กำแพง
 จ.ยะลา
 9 ก.ย. 2565
 วันระงับบัตร
 9 Sep. 2022
 Date of Issue (นายทะเบียน) (จังหวัด) (อำเภอ) (ตำบล) (เขต) (แขวง) (เมือง) (แขวง) (เมือง) (แขวง) (เมือง)
 (นายทะเบียน) (จังหวัด) (อำเภอ) (ตำบล) (เขต) (แขวง) (เมือง) (แขวง) (เมือง)
 6 เม.ย. 2574
 วันระงับบัตร
 6 Apr. 2031
 Date of Expiry 9507-05-00009940

(สำเนาถูกต้อง)

(นาง เจ๊ะมาลีโอนะ เดหนี)

BORA-10.7-06-2564



ประเทศไทย
THAILAND

JC3-1611088-99

บค. ที่...../.....2566.....

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง
ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า...นางสาวดารณี...จาแน.....เลขประจำตัวประชาชน...1900600113108.....
อยู่บ้านเลขที่.....346.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน		
<p>วันที่ 20 , 27 ตุลาคม 2565</p> <p>- ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก ๐- ๕ ปีในชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 2 วัน</p> <p style="text-align: right;">เป็นเงิน</p>	100.00		
<p>จ่ายเงินแล้ว</p> <p>ดาโต๊ะ ททาท ทง</p> <p>(นางสาวอารีดา หมดหลัง)</p> <p>เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขกิจวัตร</p> <p>27 ต.ค. 2565</p>			
(ตัวอักษร)	เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน	100.00

(ลงชื่อ).....ดาณี.....ผู้รับเงิน
(..นางสาวดารณี...จาแน.....)

(ลงชื่อ).....ดาโต๊ะ ททาท ทง.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมดหลัง)

บค. ที่...../.....2566.....

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง
ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า...นางสาวดาริณี...จําแน.....เลขประจำตัวประชาชน...1900600113108.....

อยู่บ้านเลขที่.....346.....หมู่ที่.....3.....ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูโบ๊ะปันยัง.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 1 , 8 , 15 พฤศจิกายน 2565 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำวัคซีนลงพื้นที่ เคาะประตูบ้านที่มีเด็ก ๐- ๕ ปีใน ชุมชน หมู่ที่ 3 ต. กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคตามเกณฑ์ ในเด็กอายุ 0 – 5 ปี ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1 คน X 50 บาท X 3 วัน จ่ายเงินแล้ว ถ่ายเอกสาร (นางสาวอารีดา หมดหลัง) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน 15 พ.ย. 2565	เป็นเงิน 150.00
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน	รวมเงิน 150.00

(ลงชื่อ).....อารีดา.....ผู้รับเงิน
(..นางสาวดาริณี...จําแน.....)

(ลงชื่อ).....ถ่ายเอกสาร.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอารีดา หมดหลัง)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 1 9006 00113 10 8
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ดาริณี จาแน
 Name Miss Darinee
 Last name Chanee

เกิดวันที่ 28 พ.ค. 2538
 Date of Birth 28 May 1995

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 346 หมู่ที่ 3 ต.กามัง
 อ.กามัง จ.ยะลา
 13 พ.ค. 2560
 วันออกบัตร 13 Jul. 2017
 Date of Issue

27 พ.ค. 2589
 วันบัตรหมดอายุ 27 May 2026
 Date of Expiry

9507-03-07131348



สำเนาถูกต้อง
 ดาริณี
 น.ส. ดาริณี จาแน