ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม โรงพยาบาลสุไหงปาดี

ชื่อหลักสูตร โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาทักษะชีวิตเยาวชน

ปีงบประมาณ๒๕๖๖

วันที่ ๒๕-๒๖ มกราคม ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า นางสาววันนูรีดา บินอีซอ อยู่บ้านเลขที่ ๑๘๐ หมู่๓ ตำบลมะรือโบออก

อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลสุไหงปาดี

รายการ	จำนวนเงิน(สตางค์)	
ค่าสมนาคุณวิทยากร ชั่วโมงละ ๓๐๐ บาท ๖ ชั่วโมง ๒ วัน จ่ายเงินแล้ว ..../........../..........	๓,๖๐๐	-
จำนวนเงินทั้งสิ้น	๓,๖๐๐	-

จำนวนเงิน........สามพันหกร้อยบาทถ้วน...................(อักษร)

ลงชื่อ..ผู้รับเงิน

(....นางสาววันนูรีดา บินอีซอ.....)

ลงชื่อ..ผู้จ่ายเงิน

(..)