

รายการใบสำคัญรับเงิน  
สำหรับวิทยากร

ชื่อผู้จัด ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลเมืองเบตง  
โครงการ/หลักสูตร โครงการคลินิกกิจกรรมผู้สูงอายุ (Day care center) เทศบาลเมืองเบตง

ข้าพเจ้า นาง. อรุณรัตน์ อภิวัฒนกุล วันที่ ๗ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖  
(อ. ๗๐๖ ๑.๗-๑) อยู่บ้านเลขที่ ๕๖ อ. อรัญราษฎร์ บ. ๕

ได้รับเงินจากเจ้าหน้าที่ผู้เบิกจ่ายเงิน นาย/นาง/นางสาว อ. อรุณรัตน์ อภิวัฒนกุล อ. อรุณรัตน์ อภิวัฒนกุล  
 อยู่บ้านเลขที่ ๑๐/๕๒ อ. อรัญราษฎร์ อ. อ. เบตง อ. เบตง อ. เบตง อ. เบตง  
 ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าตอบแทนวิทยากรโครงการคลินิกกิจกรรมผู้สูงอายุ (Day care Center) เทศบาลเมืองเบตง ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองเบตง วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๖	
เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ - ข้อที่ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙ ๑๐	๖๐๐
๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ - ดกเงินระชาษฐ์	๖๐๐
บาท	๑,๒๐๐ -

จำนวนเงิน (เงินหนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน )

(ลงชื่อ).....  
 (นาง. อรุณรัตน์ อภิวัฒนกุล)

(ลงชื่อ).....  
 (นางสาวเบญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....  
 (นางสาวเบญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์)

รายการใบสำคัญรับเงิน  
สำหรับวิทยากร

ชื่อผู้จัด ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลเมืองเบตง  
โครงการ/หลักสูตร โครงการคลินิกกิจกรรมผู้สูงอายุ (Day care center) เทศบาลเมืองเบตง

วันที่ ๗ เดือน ๕.๕. พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า ทงรักศุภวรัชนี อัมพรวิวัฒน์ อยู่บ้านเลขที่ ๓๗ ถ.รัตนกิจ ต.เบตง

อ.เบตง จ.ยะลา

ได้รับเงินจากเจ้าหน้าที่ผู้เบิกจ่ายเงิน นาย/นาง/นางสาว เบญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์

อยู่บ้านเลขที่ ๑๐/๕๒ ถ.สุขขารคี ต.เบตง อ.เบตง จ.ยะลา

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าตอบแทน วิทยากร โครงการ คลินิกกิจกรรม ผู้สูงอายุ (Day Care Center) เทศบาลเมืองเบตง ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองเบตง วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ - ทอดกฮอด	๖๐๐ -
บาท	๖๐๐ -

จำนวนเงิน ( ๖๐๐ บาทถ้วน )

(ลงชื่อ)..... ๖๐๐.....ผู้รับเงิน  
( ทงรักศุภวรัชนี อัมพรวิวัฒน์ )

(ลงชื่อ)..... เบญจมาภรณ์.....ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวเบญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ตำแหน่ง.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน

(  
..... )

รายการใบสำคัญรับเงิน  
สำหรับจิตอาสากายภาพ

ชื่อผู้จัด ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลเมืองเบตง  
โครงการ/หลักสูตร โครงการคลินิกกิจกรรมผู้สูงอายุ (Day care center) เทศบาลเมืองเบตง

วันที่ ๗ เดือน ต.ค. พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า ศักดิ์ศรี หิยา อยู่บ้านเลขที่ ๙๓/๕ ต. ทุ่งนาหว่อ ๑ ต. เบตง

อ.เบตง จ.ยะลา ๙๕๑๑๐

ได้รับเงินจากเจ้าหน้าที่ผู้เบิกจ่ายเงินของนาย/นาง/นางสาว เบญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์

อยู่บ้านเลขที่ ๑๐/๕๒ ต.สาขาวัง ๓.เบตง อ.เบตง จ.ยะลา

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. ค่าตอบแทนจิตอาสากายภาพครั้งที่ ๒๒ วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๕	300.-
บาท	300.-

จำนวนเงิน ( เงิน สามร้อยบาทถ้วน )

(ลงชื่อ) ศักดิ์ศรี หิยา ผู้รับเงิน  
(นางสาวศักดิ์ศรี หิยา)

(ลงชื่อ) เบญจมาภรณ์ ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวเบญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ตำแหน่ง.....)

(ลงชื่อ) นายเวอลิม แวบราเฮง พยาน  
(

นายเวอลิม แวบราเฮง  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

รายการใบสำคัญรับเงิน  
สำหรับจิตอาสากายภาพ

ชื่อผู้จัด ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลเมืองเบตง  
โครงการ/หลักสูตร โครงการคลินิกกิจกรรมผู้สูงอายุ (Day care center) เทศบาลเมืองเบตง

วันที่ ๗ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 25๖๖

ข้าพเจ้า น.ส. ร้อยานันท์ ตาภาล อยู่บ้านเลขที่ ๒๙ หมู่ ๕ ต. กงหรา

๓-๖๓๖ ๗-๖๓๖ ๙-๖๓๖

ได้รับเงินจากเจ้าหน้าที่ผู้เบิกจ่ายเงินของนาย/นาง/นางสาว เบญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์

อยู่บ้านเลขที่ ๑๐/๕๒ ต.สูงยางค์ อ.เบตง จ.เบตง

ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
เวลา 09.00 - 15.30 น. ค่าตอบแทนจิตอาสากายภาพครั้งที่ 22 วันที่ ๗ ธันวาคม 25๖๖	300
บาท	300

จำนวนเงิน (เงินสามร้อยบาทถ้วน )

(ลงชื่อ) ร้อยานันท์ ตาภาล ผู้รับเงิน  
(น.ส. ร้อยานันท์ ตาภาล)

(ลงชื่อ) เบญจมาภรณ์ ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวเบญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ตำแหน่ง.....)

(ลงชื่อ) 110000 พยาน

(นายวิวัฒน์ นวราสง  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

รายการใบสำคัญรับเงิน  
สำหรับจิตอาสากายภาพ

ชื่อผู้จัด ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลเมืองเบตง  
โครงการ/หลักสูตร โครงการคลินิกกิจกรรมผู้สูงอายุ (Day care center) เทศบาลเมืองเบตง

วันที่ ๗ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕  
ข้าพเจ้า น.ส. อุไรรัตน์ แซ่มะ อยู่บ้านเลขที่ ๘/๑๘ อ. ปะเหลียน อ. ๑.๖๒๗๖ จ.ยะลา

ได้รับเงินจากเจ้าหน้าที่ผู้เบิกจ่ายเงินของนาย/นาง/นางสาว เบญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์  
อยู่บ้านเลขที่ ๔๐/๕๒ อ. ๑.๖๒๗๖ จ.ยะลา  
ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. ค่าตอบแทนงานจิตอาสา กายภาพ ครั้งที่ ๒๒ วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๕	300
บาท	300

จำนวนเงิน (เงินตาม ร้อยบาทถ้วน )

(ลงชื่อ)..... อุไรรัตน์ แซ่มะ .....ผู้รับเงิน  
( น.ส. อุไรรัตน์ แซ่มะ )

(ลงชื่อ)..... เบญจมาภรณ์ .....ผู้จ่ายเงิน  
( นางสาวเบญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ตำแหน่ง..... )

(ลงชื่อ)..... นายเวศม์ วัฒนา .....พยาน  
( นายเวศม์ วัฒนา  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ )

รายการใบสำคัญรับเงิน  
สำหรับจิตอาสากายภาพ

ชื่อผู้จัด ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลเมืองเบตง  
โครงการ/หลักสูตร โครงการคลินิกกิจกรรมผู้สูงอายุ (Day care center) เทศบาลเมืองเบตง

วันที่ ๗ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า นส. ใตแสงโพธิ์ นภมาณี อยู่บ้านเลขที่ ๖๒๑ ถ.สุขยางค์ ๓.เบตง

อ.เบตง จ.ยะลา

ได้รับเงินจากเจ้าหน้าที่ผู้เบิกจ่ายเงินของนาย/นาง/นางสาว เบ็ญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์

อยู่บ้านเลขที่ ๕๐/๕๒ ถ.สุขยางค์ ๓.เบตง อ.เบตง จ.ยะลา

ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. ค่าตอบแทนจิตอาสากายภาพครั้งที่ ๒๑ วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๖	300 -
บาท	300 -

จำนวนเงิน (เงินสาม ร้อยบาทถ้วน )

(ลงชื่อ) นส. ใตแสงโพธิ์ นภมาณี ผู้รับเงิน  
(น.ร. ๒๖๑๐๑๕๑-๒๖๑๐๑๕๑)

(ลงชื่อ) นพ.ชยาภรณ์ ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวเบ็ญจมาภรณ์ ชินวรพิทักษ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ตำแหน่ง.....)

(ลงชื่อ) พยาน  
( นายเวทย์ธัม แวบราเสง )  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

รายการใบสำคัญรับเงิน  
สำหรับจิตอาสากายภาพ

ชื่อผู้จัด ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลเมืองเบตง  
โครงการ/หลักสูตร โครงการคลินิกกิจกรรมผู้สูงอายุ (Day care center) เทศบาลเมืองเบตง

วันที่ ๗ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า นาย ธีรพงษ์ พัฒน์รัตน์ รัตนเสถียร อยู่บ้านเลขที่ ๗ ต. สุภาพ อ. เบตง จ.ยะลา

ได้รับเงินจากเจ้าหน้าที่ผู้เบิกจ่ายเงินของ นาย/นาง/นางสาว เบ็ญจมาภรณ์ จันทร์พิทักษ์  
อยู่บ้านเลขที่ ๔๐/๕๒ ต. สุภาพ อ. เบตง จ.ยะลา  
ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. ค่าตอบแทนจิตอาสากายภาพ ครั้งที่ ๒๒ วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๕	300.-
บาท	300.-

จำนวนเงิน ( ๓๐๐ บาทถ้วน )

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
( นาย ธีรพงษ์ พัฒน์รัตน์ รัตนเสถียร )

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
( นางสาวเบ็ญจมาภรณ์ จันทร์พิทักษ์ )  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....พยาน

( นายณวัฒน์ แวบราเฮง )  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ