

**ใบสำคัญรับเงิน**  
(สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม .. กองทุนหลักประกันสุขภาพ ..  
 โครงการ/หลักสูตร .. กิจกรรมแม่และเด็ก ในพื้นที่รื่องนา  
 (กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แม่สอนแม่ ในพื้นที่)

วันที่ .. 9 เดือน .. 9 พ.ศ. 2561

ข้าพเจ้า .. ดร. อภินันท์ ออมระวีดิ .. อยู่บ้านเลขที่ .. 22 อพ.พ.ต.พ.  
 ตำบล/แขวง .. วังยาง อำเภอ/เขต .. วังยาง จังหวัด .. หนองบัว

ได้รับเงินจาก .. กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล .. ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
<u>ค่าวิทยากร</u>	<u>400</u>	
บาท	<u>400</u>	<u>-</u>

จำนวนเงิน ( .. สี่ร้อยบาทถ้วน .. )

(ลงชื่อ) .. ดร. อภินันท์ ออมระวีดิ .. ผู้รับเงิน  
 ( .. อภินันท์ ออมระวีดิ .. )

(ลงชื่อ) .. ดร. ก. บ. .. ผู้จ่ายเงิน  
 ( .. ดร. ก. บ. .. )