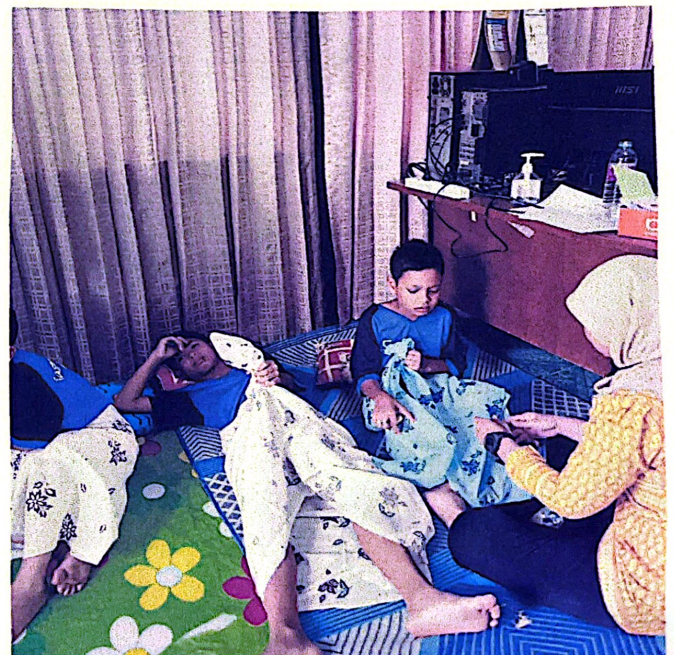


รายงานผลการดำเนินการ

โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม

วันที่ 19 - 30 เมษายน 2567

ณ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ อำเภอบนาระ จังหวัดปัตตานี



โครงการคลินิกหัตถ์มัลติสเปเชียลติวเวชชายในเยาวชนมุสลิม

วันที่ 19 - 30 เมษายน 2567

ณ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ อำเภอบ้านนา จังหวัดปัตตานี



ส่วนที่ 3 แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อโครงการ โครงการขลิบทันหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม

**๑.ผลการดำเนินงาน**

จากการดำเนินการโครงการขลิบทันหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม มีเยาวชนผู้เข้าร่วม  
จำนวน ๓๒ คน ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพและความรู้เรื่องโรคติดต่อ

การขลิบทันหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิมสามารถลดความเสี่ยงของโรคติดต่อทาง  
อวัยวะเพศชาย และภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ รวมทั้งยังสร้างความตระหนักแก่ผู้ปกครองในการป้องกัน  
โรคอีกด้วย

**๒.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

- บรรลุตามวัตถุประสงค์โครงการ  
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์โครงการ เพราะ .....

**๓.การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ...79,700... บาท  
งบประมาณที่เบิกจ่ายจริง ... 51,980... บาท  
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน ....27,720... บาท

**๔.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

- ไม่มี  
 มี

ปัญหา/อุปสรรค(ระบุ).....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวฮายาตี แลเบาะ)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

**โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย  
ในเยาวชนมุสลิม**

วันที่ 19 - 30 เมษายน 2567

ณ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ

จัดโดย สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ สนับสนุนโดย กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ท่าน้ำ





ที่ ปน ๗๔๓๐๑/๐๗

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ  
ถนนตกวัด - บางเก่า ปน ๙๔๑๓๐

๕ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์วิทยากรบรรยายโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม  
ประจำปี๒๕๖๗ ขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ กำหนดจัดโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย  
ในเยาวชนมุสลิม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ ซึ่งได้กำหนดวันจัดงาน  
วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๗ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี โดยมี  
วัตถุประสงค์เพื่อดูแลส่งเสริมสุขภาพของเยาวชนมุสลิมให้เกิดความตระหนัก ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ  
และป้องกันโรคติดเชื้อสามารถลดภาวะเสี่ยงของการออกเลือดภาวะแทรกซ้อน (การอักเสบรุนแรง) ให้กับ  
เยาวชนในตำบลท่าน้ำ

ในการนี้ เพื่อให้โครงการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามวัตถุประสงค์ องค์การ  
บริหารส่วนตำบลท่าน้ำ จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่าน จัดวิทยากรบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม  
สุขภาพป้องกันโรคติดเชื้อ และความสะอาดก่อนและหลังขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม  
จำนวน ๒ ท่าน ในวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๗ ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น. ณ องค์การบริหาร  
ส่วนตำบลท่าน้ำ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิชอล กามา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ



ที่ ปน ๗๔๗๐๑/๐๖

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ  
ถนนตกวัด - บางเก่า ปน ๙๔๑๓๐

๕ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ประกาศรายชื่อ และชี้แจงข้อปฏิบัติ  
เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ ได้จัดทำโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายใน  
เยาวชนมุสลิม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยรับสมัครเด็กและเยาวชนในตำบลท่าน้ำตั้งแต่อายุ ๗ - ๑๒ ปี  
ที่ขาดการเข้าถึงบริการป้องกันโรคตามสิทธิประโยชน์ มีกำหนดการเข้าสู่ขั้นตอนในวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๗  
ณ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ

ชื่อ..... สกุล.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ถูกพิจารณารายชื่อให้เข้าร่วมโครงการได้

๕

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ จึงขอแจ้งเด็กและผู้ปกครองให้ทราบข้อปฏิบัติดังนี้

๑. ขอให้ผู้ปกครองนำเด็กที่ได้รับการพิจารณาเข้าสู่ขั้นตอนในวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๗ ณ องค์การบริหารส่วน  
ตำบลท่าน้ำ ลงทะเบียนตั้งแต่เวลา ๐๗.๐๐ - ๐๘.๐๐ น.
๒. ขอให้เด็กได้อาบน้ำและชำระร่างกายให้สะอาด
๓. ขอให้เด็กได้รับประทานอาหารเข้าให้พร้อม เพื่อจะทำให้ร่างกายไม่อ่อนเพลีย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และถือปฏิบัติ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิชอล กามา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ

สำนักปลัดฯ

กองทุน สปสช.อบต.ท่าน้ำ

โทร./โทรสาร ๐-๗๓๔๑-๗๐๑๙



ที่ ปน ๗๕๗๐๑๑/๐๘

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ  
ถนนตกวัด - บางเก่า ปน. ๙๕๑๓๐

๑๗ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญร่วมเป็นเกียรติโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม ขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ

เรียน .....

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ กำหนดจัดโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม ซึ่งได้กำหนดวันจัดงานวันที่ ๑๙- ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพและป้องกันโรคโดยเฉพาะโรคติดต่อ สามารถลดภาวะเสี่ยงของการออกเลือดภาวะแทรกซ้อน (การอักเสบรุนแรง) ให้กับเด็กในตำบลท่าน้ำ

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ จึงขอเรียนเชิญท่านร่วมเป็นเกียรติในโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม ขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ ในวันจันทร์ ที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิชอล กามา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ

สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ

โทร/โทรสาร. ๐ - ๗๓๔๑ - ๗๐๑๙

[www.tanam.go.th](http://www.tanam.go.th), [thanam94130@gmail.com](mailto:thanam94130@gmail.com)



ที่ ปน ๗๔๗๐๑/๐๕

กองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ  
ถนนตกวัด - บางเก่า ปน. ๕๔๑๓๐

๒ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้างการโอนเงินสนับสนุนงบประมาณโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม  
ขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ

ตามที่ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ ได้เสนอโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย  
ในเยาวชนมุสลิม จำนวนเงิน ๗๙,๗๐๐.-บาท เพื่อขอรับเงินสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี นั้น

บัดนี้ ทางกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี  
ได้อนุมัติโครงการดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อคราวประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗ ดังนั้น ทางกองทุนจึงขอแจ้ง  
ให้ทางองค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ รับเงินโครงการดังกล่าวโดยรับโอนเป็นเงินรับฝาก ในแผนงานสาธารณสุข  
งานบริการสาธารณสุขและงานสาธารณสุขอื่น หมวดค่าใช้สอย รายจ่ายเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการที่ไม่เข้า  
ลักษณะรายจ่ายงบรายจ่ายอื่น รายการโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม เป็นเงิน  
๗๙,๗๐๐.-บาท ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิชชอล กามา)

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ

สำนักเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าน้ำ

โทร/โทรสาร. ๐ - ๗๓๔๑ - ๗๐๑๙

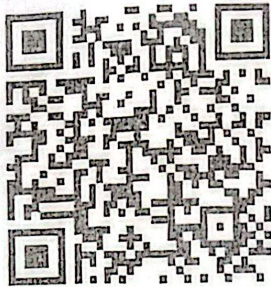
www.tanam.go.th, thanam94130@gmail.com

ปลัด อบต. ....

ทนาย.....

เจ้าหน้าที.....





# ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่ ๙๔๑๐๑๑๐๑๖๔ (ใบอนุญาตเดิมเลขที่ ๙๔๑๐๑๑๐๑๕๔)

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

นายยา สารี

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภท				ที่มารับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
ลักษณะสถานพยาบาล	คลินิกเวชกรรม			จำนวนเตียง
ณ สถานพยาบาลชื่อ	คลินิกเวชกรรมปาลีสการแพทย์			เตียง
ตั้งอยู่เลขที่	๙/๑ - ๙/๒			หมู่ที่
ซอย/ตรอก	ถนน			เพชรเกษม
ตำบล/แขวง	กลาง	อำเภอ/เขต	มายอ	จังหวัด
รหัสไปรษณีย์	๙๔๑๙๐	โทรศัพท์	๐ ๗๓๔๘ ๕๐๔๐	
วัน/เวลาเปิดทำการ	วันเสาร์ - วันพฤหัสบดี เวลา ๐๗.๓๐ - ๑๗.๓๐ น.			
	วันศุกร์ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๗.๓๐ น.			
บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม				

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๗๓ และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

## สำเนาถูกต้อง

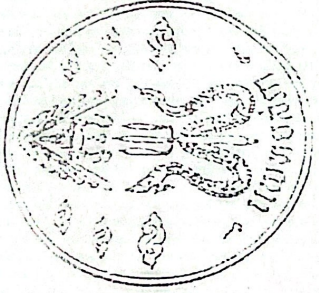


คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังประกอบกิจการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่า เป็นการประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้รับทราบคำสั่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๕๙)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องมาชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี ภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ของทุกปี หากไม่ชำระภายในกำหนด จะต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละห้าต่อเดือนและอาจถูกปิดสถานพยาบาลได้หากมาตรา ๔๗ และมาตรา ๕๐

ใบอนุญาตที่ ๒๙๔๓๐



ข้าพเจ้าจากกรมแพทยสภากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๒๕

# แพทยสภา

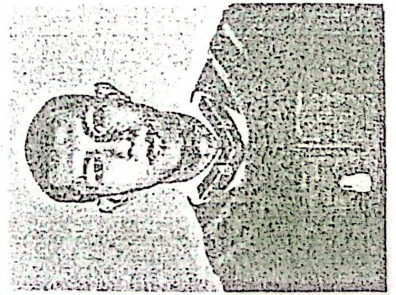
เอกอัครราชทูต

นาย สวี อายุ ๒๕ ปี

ซึ่งได้ขอเป็นสมาชิกแพทยสภา และสิทธิประโยชน์ของสมาชิก

ภายใต้บทบังคับแห่งกฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภา

ออกให้ ณ วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๒



ผู้แทนแพทยสภา

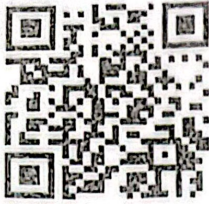
๒๕๕๒

๒๕

*[Handwritten signature]*

นายแพทย์สภา

เลขที่การแพทยสภา



### ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ใบแทน

ใบอนุญาตที่ ๙๔๑๐๑๒๐๐๑๕๔

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

นายยา สารี

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	เวชกรรม	เลขที่	๒๙๔๓๐	
วันที่ออกใบอนุญาต	๑ เมษายน ๒๕๕๖	เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ		
ณ สถานพยาบาล ชื่อ	คลินิกเวชกรรมपालีสการแพทย์	ประเภท	ที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	
จำนวนเตียง	เตียง ลักษณะสถานพยาบาล	คลินิกเวชกรรม		
ตั้งอยู่เลขที่	๙/๑-๙/๒	หมู่ที่	-	
ซอย/ตรอก	- ถนน	เพชรเกษม	ตำบล/แขวง	ลาดยาว
อำเภอ/เขต	มายอ	จังหวัด	ปัตตานี	รหัสไปรษณีย์ ๙๔๑๙๐
โทรศัพท์	๐ ๗๓๔๘ ๕๐๔๐ โทรสาร	ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์		

วัน/เวลาทำการ วันเสาร์ - วันพฤหัสบดี เวลา ๐๗.๓๐ - ๑๗.๓๐ น.  
วันศุกร์ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๗.๓๐ น.

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่

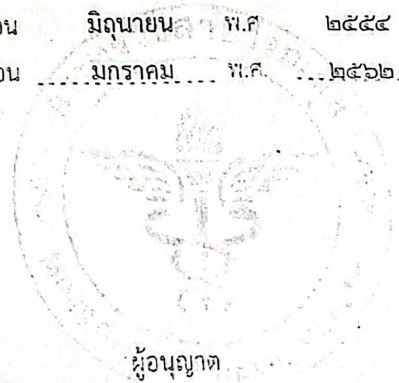
ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๔ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๔

ใบแทนใบอนุญาตให้ไว้ ณ วันที่ ๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒

## สำเนาถูกต้อง

สารี



ราชการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2565

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. 2567

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.

#### คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่า เป็นการดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และ ศาลจะสั่งให้ริบ บรณาค้างของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑)



















# องค์การบริหารส่วนตำบลท่าห้า

โครงการขลิบหนังห่มปลายอวัยวะเพศชาย (เข้าส่นัด)  
ไขเยาชนมุสลิม ประจำปีงบประมาณ 2567

เยาชนที่สนใจเข้าร่วมโครงการฯ  
สามารถสมัครได้ที่สำนักปลัด อบต.ท่าห้า

รับสมัครตั้งแต่วันที่ - ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2567

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าห้า



หลักฐานที่ต้องยื่น

1. สำเนาทะเบียนบ้านเด็กและผู้ปกครอง
2. สำเนาบัตรประชาชนเด็กและผู้ปกครอง

ติดต่อเพิ่มเติม



073-417019, 063-1016675

น.ส นาสัยวี ตานมวง  
 153/1 ม.2 ต.ห้วยป่า  
 อ.ปรางค์ 15 อ.ปรางค์

**ใบส่งของ**  
**DELIVERY BILL**

เล่มที่ BOOK NO. 1  
 เลขที่ BILL NO. 2  
 วันที่ DATE : / /

นามลูกค้า CUSTOMER: อ.ป.ร.พ.พ.  
 ที่อยู่ ADDRESS: อ.ป.ร.พ.พ. - ม.2 ต.ห้วยป่า  
 เลขประจำตัวประชาชน / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	ส.ท./Stg.
64 ชุด	ขนมเค้ก + น้ำผลไม้	25	1,600	
64 ชุด	แซนด์วิช + นมไมโล	25	1,600	

รวมเงิน TOTAL 3,200

ผู้รับของ RECEIVED BY: อ.ป.ร.พ.พ.  
 ผู้ส่งของ DELIVERED BY: นาสัยวี

Elephant Brand

พ.ศ พาส์ยี่ สามสิบ  
 153/1 ซ.2 ต.ท่าหน้า  
 อ.มะนาคอ จ.มัทธานี 94130

**บิลเงินสด**  
**CASH SALES**

เล่มที่ 1  
 BOOK NO. ....  
 เลขที่ 2  
 BILL NO. ....  
 วันที่ : ...../...../.....  
 DATE : ...../...../.....

นามลูกค้า **อบต.ท่าหน้า**  
 CUSTOMER: .....

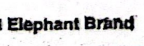
เลขประจำตัวประชาชน /  
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

ที่อยู่ **หมู่ 1 ถนนตากกรี ต.ท่าหน้า**  
 ADDRESS : .....

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	สต./Stg.
	ได้รับเงินสดค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม		3,200	
	เพื่อใช้ในโครงการสนับสนุนหมู่บ้าน			
	อ้อยหวานแดงพืชมะนาวชนมรสุม			
รวมเงิน TOTAL			3,200	

ผู้รับเงิน **พาส์ยี่**  
 RECEIVED BY : .....

ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ





วันที่...19.....เดือน...เมษายน....พ.ศ...2567...

ข้าพเจ้า...นายสุใจดี...เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่ 73/7...หมู่ 2.....ซอย.....  
ถนน.....ตำบล...บ้านหนอง.....อำเภอ.....ปะนาเระ.....จังหวัด.....ปัตตานีได้รับเงิน  
จาก...โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม ประจำปี 2567.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	ค่าตอบแทนวิทยากร ตามโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม จำนวน 6 ชั่วโมงๆละ 300 บาท	1,800
เป็นเงิน		
	1,800	-

จำนวนเงิน (.....หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ).....  
(นายสุใจดี เลขที่.....)  
ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ).....  
นายชาติ  
ผู้จ่ายเงิน

นางสาวฮาชาติ แลเบา  
เจ้าพนักงานธุรการ





น.ส รอสื่อเงา: ๕:1๖  
 ๘1/1 ม.2 ต.ท่าหน้า  
 อ.ปรางค์: จ.ปทุมธานี ๑๔1๖๐

**บิลเงินสด**  
**CASH SALES**

เล่มที่ BOOK NO. 1  
 เลขที่ BILL NO. 2  
 วันที่ DATE : / /

นามลูกค้า CUSTOMER: **อนต. ท่าหน้า**  
 ที่อยู่ ADDRESS : **ม.1 ต.ตกรัด-บางเกอ ต.ท่าหน้า อ.ปรางค์: จ.ปทุมธานี ๑๔1๖๐**  
 เลขประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร:

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	สต./Stg.
	ได้รับเงินค่าขนรถสวนเพื่อ		3200	-
	ใช้ในโครงการขลิบหญ้าทุ่งลาด		}	
	ตวง: เทศตพในขงารชนลสลิ			
<b>รวมเงิน TOTAL</b>			<b>3200</b>	

ผู้รับเงิน RECEIVED BY : **รอสื่อเงา** ..... ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ

