

ใบสำคัญรับเงิน
(สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

โครงการ/หลักสูตร

โครงการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพ (มาต้นเพชรฮัต) ประจำปี ๒๕๖๑

39๒๕๐๐๐๐๙๘๙๙

วันที่ ๒๕, ๒๖, ๒๗ เดือน พ.ค - ก.ค พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า นาย วัลลภ เลิศมิตร อยู่บ้านเลขที่ 192 รัชชชนวน 2

ตำบล/แขวง สุโขทัย อำเภอ/เขต สุโขทัย จังหวัด นครสวรรค์

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าวิทยากร ๒๐๐ นาที x ๑ ชม. x ๓ เดือน	1,800 -
บาท	1,800 -

จำนวนเงิน (..... หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน -))

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(นาย วัลลภ เลิศมิตร)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(นาย วัลลภ เลิศมิตร)