

ใบสำคัญรับเงิน  
(สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

โครงการ/หลักสูตร ..... คัดกรองและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชน ปี 2561 .....

วันที่ 19 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

ข้าพเจ้า อ.ดร. อภินันท์ ออมระเว็ด ..... อยู่บ้านเลขที่ 22 ซอยท่าค้อ

ตำบล/แขวง สุขุมวิท อำเภอ/เขต สุขุมวิท จังหวัด นนทบุรี

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ..... ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ                                 | จำนวนเงิน |
|--|-----------|
| - ค่าวิทยากร 300 บาท x 2 hr. x 3 ครั้ง | 1,800     |
|  |           |
|  |           |
|  |           |
|  |           |
|  |           |
| บาท                                    | 1,800 .-  |

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

(ลงชื่อ)..... อ.ดร. อภินันท์ ออมระเว็ด ..... ผู้รับเงิน

(..... อ.ดร. อภินันท์ ออมระเว็ด .....) )

(ลงชื่อ)..... [ลายเซ็น] ..... ผู้จ่ายเงิน

(..... นายจรัสดี ค.ค. .....) )