

ใบสำคัญรับเงิน
(สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....
 โครงการ/หลักสูตร โครงการ ตัดกรอ และ ส่งเสริม สุขภาพ ประชาชน ในชุมชน
 ประจำปี ๒๕๖๑

๓๑๖๑๘๐๐๐๑๘๑๑ วันที่ ๑๑, ๑๗, ๑๘ เดือน ส.ค. - ค.ศ. พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า นาย วัลลภา เส้นมิตร อยู่บ้านเลขที่ ๑๙๒ หมู่ ๑๐ ถนน ๒

ตำบล/แขวง สุโขทัย อำเภอ/เขต สุโขทัย จังหวัด นครสวรรค์

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าตอบแทนวิทยากร ๓๐๐ ชม x ๒ ชม. x ๓ เดือน	1,800
	?
บาท	1,800

จำนวนเงิน (หนึ่ง พันแปดร้อย บาทถ้วน)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
 (นายวัลลภา เส้นมิตร)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
 (นายวิรัตน์ (อ.ค.))