

3940400182897

ใบสำคัญรับเงิน
(สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ

โครงการ/หลักสูตร ศึกษารวเขต. ส่วนเสริมส่งคนประจำตำบลในชุมชน ประจำปี ๒๕๖๑

วันที่ 20 เดือน กค ๒๕ พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า นาง ธัญญา คนดีสง่างามแท้ อยู่บ้านเลขที่ 10

ตำบล/แขวง สโตนโรส อำเภอ/เขต สโตนโรส จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ | จำนวนเงิน | |
|------------------------------|--------------|----------------|
| <u>ค่าอาหาร 300 x 6 10คน</u> | <u>1,800</u> | <u>-</u> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | <u>บาท</u> | <u>1,800 -</u> |

จำนวนเงิน (หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(นาง ธัญญา คนดีสง่างามแท้)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(นาย วิวัฒน์ (จ.ค.๑))