1-9611-00018-17-4

ใบสำคัญรับเงิน

(สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ

โครงการ/หลักสูตร คัดกรองเบาหวานและความดันในชุมชนดงเย็น

วันที่ 19,16,21 เดือน พ.ค-ก.ค พ.ศ. 2561

ข้าพเจ้า นส. มริสา ออศรม อยู่บ้านเลขที่ 148/1

ตำบล/แขวง ทรา อำเภอ/เขต สไนวปาดี จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าวิทยากร 300 X 2. ช.ม X 3 เดือน	1800	
บาท	1800	

จำนวนเงิน (หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน

(นส. มริสา ออศรม.)

(ลงชื่อ) ..... ผู้จ่ายเงิน

(นายวิชิน สะเกาะ)