ใบสำคัญรับเงิน

(สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ

โครงการ/หลักสูตร โครงการตัดกรองและส่งเสริมสุขภาพ (มาตันเซฮัด) ประจำปี 2561

3960800009899 วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นาง อัลลงา เสิ่นปัตร อยู่บ้านเลขที่ 192 วิภาชุมชนคุสิง 2

ตำบล/แขวง สุไหงโกลก อำเภอ/เขต สุไหงโกลก จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าตอบแทนวิทยากร 300 บาท x 2 ชม x 8 ไตรมาส	7,800.	—
บาท	7,800.	—

จำนวนเงิน (เจ็ดพันแปดร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน

(นาง อัลลงา เสิ่นปัตร)

(ลงชื่อ) ..... ผู้จ่ายเงิน

(นายวิโรจน์ [illegible])