

ใบสำคัญรับเงิน
(สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

โครงการ/หลักสูตร โครงการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพชาวชุมชน.....

39698 00009899 วันที่ 9, 10, 19 เดือน ส.ค.-อ.ค. พ.ศ. 2561

ข้าพเจ้า นาง นิลฉวี เลิศนิตย อยู่บ้านเลขที่ 192 ซอยธรรมดาลัย 2

ตำบล/แขวง สุโขทัย อำเภอ/เขต สุโขทัย จังหวัด นครสวรรค์

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าตอบแทนวิทยากร 500 บาท x 2 คน x 3 เดือน	1,500.-
	1
บาท	1,500.-

จำนวนเงิน (.....) หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน -

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน

(นาง นิลฉวี เลิศนิตย)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน

(นาง นิลฉวี เลิศนิตย 10:10/3)