

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน ค.ค. พ.ศ. ๒๕๖1

ข้าพเจ้า นาง สุชนา นามสกุล พอลิ่งวง อยู่บ้านเลขที่ 1/26

ซอย.....ถนน พลาบพอ 5 ตำบล สุไหงโกก อำเภอ สุไหงรัง จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ | จำนวนเงิน | |
|--|-----------|---|
| - ค่าตอบแทนวิทยากร อบรมฯ ๒ ชม. x ๑ เดือน | 1,800. | - |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | 1,800. | - |

จำนวนเงิน หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน บาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(นาง สุชนา พอลิ่งวง)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางวิรัช ใจ: ๒๐๖)