

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน พ.ค. - ก.ค. พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า นาง นงิยานามสกุล ผลดีจางานต์อยู่บ้านเลขที่ 10
 ซอย 1 ถนน ศรีนุทิศ ตำบล ศรีนุทิศ อำเภอ ศรีนุทิศ จังหวัด นราธิวาส
 ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... ตั้งรายการต่อไปนี้ 3-9404-00182-89-7

รายการ	จำนวนเงิน	
<u>ค่าตอบแทนวิทยากร ๓๐๐ บาท x ๕ ครั้ง x ๓ เดือน</u>	<u>1,800.-</u>	<u>-</u>
	<u>1</u>	
	<u>1,800.-</u>	<u>-</u>

จำนวนเงิน หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน บาท
 (ตัวอักษร)

นงิยา
 ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
 (นาง นงิยา ผลดีจางานต์)
นางวรรณี
 ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
 (นางวรรณี ใจดี)