

ใบสำคัญรับเงิน  
(สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ

โครงการ/หลักสูตร ..... ศีลธรรม หรือ ส่วนเสริม คุณภาพชีวิตชุมชน ระดับพื้นที่ ๒๕๖๑

39611 00125 7๐8 วันที่.....เดือน.....พค- กค.....พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....กองทัพนคร น้อยน้ำเหนือ.....อยู่บ้านเลขที่.....151 ม. 4

ตำบล/แขวง.....สีทองปัด.....อำเภอ/เขต.....สีทองปัด.....จังหวัด.....นราธิวาส

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าตอบแทนวิทยากร ๓๐๐ บาท x ๖ ครั้ง x ๕ คน	1800	-
	1	
บาท	1,800.	-

จำนวนเงิน (.....จำนวนเงินตามใบสำคัญรับเงิน.....)

(ลงชื่อ).....กิตติ หรือศิริเหนือ.....ผู้รับเงิน  
(.....กองทัพนคร น้อยน้ำเหนือ.....)

(ลงชื่อ).....นายวิโรจน์.....ผู้จ่ายเงิน  
(.....๑๕-๑๐/๑๖.....)