๒๗

# ใบสำคัญรับเงิน

## (สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ

โครงการ/หลักสูตร ส่งเสริมสุขภาพชาวชุมชน ปี ๒๕๖๑

วันที่ ๒๙,๓๐,๓๑ เดือน ส.ค. - ต.ค. พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า นางบุญหวี่ แวยูหัน อยู่บ้านเลขที่ 48 ม.1

ตำบล/~~แขวง~~ มูโนะ อำเภอ/~~เขต~~ สุไหงโก-ลก จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ | จำนวนเงิน | |
|---|---|---|
| | | |
| ค่าตอบแทนวิทยากร 300 บาท x 2 ชม. x 3 เดือน | 1,800. | - |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| บาท | 1,800. | - |

จำนวนเงิน (หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ)........................................ผู้รับเงิน

(นางบุญหวี่ แวยูหัน)

(ลงชื่อ)........................................ผู้จ่ายเงิน

(นายอัสรีย์ เจ๊ะแวะ)