ใบสำคัญรับเงิน

(สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ

โครงการ/หลักสูตร กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพชาวชุมชน ปี 2561

วันที่ 17,24,29 เดือน พค - ก.ค พ.ศ. 2561

3961000107007

ข้าพเจ้า นาง ศรีสุดา [illegible] อยู่บ้านเลขที่ 1/20 หมู่ที่ 5

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

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าตอบแทนวิทยากร 300 บาท x 2 ชม. x 3 เดือน	1800.	-
บาท	1,800.	-

จำนวนเงิน (หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ) [signature] ผู้รับเงิน

(นาง ศรีสุดา [illegible])

(ลงชื่อ) [signature] ผู้จ่ายเงิน

(นาย[illegible] [illegible])