

39 610 00 107 007

ใบสำคัญรับเงิน  
(สำหรับวิทยากร)

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ

โครงการ/หลักสูตร ..... คีตกวอ พ.ศ. ๒๕๖๑ กรมส่งเสริมการเกษตร กรมส่งเสริมการเกษตร ๒๕๖๑

วันที่ 12, 19, ๒๕ เดือน พค-ก.ค. พ.ศ. ๒๕๖1

ข้าพเจ้า นส. ชูภรดา นพดิ่งนาค อยู่บ้านเลขที่ ๗/26

ตำบล/แขวง สันทราย อำเภอ/เขต สันทราย จังหวัด ราชบุรี

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าตอบแทนวิทยากร ๓๐๐ บาท x ๒ ชม. x ๑ 1/2 วัน	1800 -
บาท	1800 -

จำนวนเงิน (..... - หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน - .....) )

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน  
( นส. ชูภรดา นพดิ่งนาค )

(ลงชื่อ) ..... ผู้จ่ายเงิน  
( นายวิรัตน์ (จ. ราชบุรี) )