

## ๕. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลต้นไทร. จำนวน ๒๑,๔๐๐.- บาท  
(สองหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน) รายละเอียด ดังนี้.

### กิจกรรมที่ ๑ การประชาสัมพันธ์

- ค่าป้ายประชาสัมพันธ์ เป็นเงิน ๑,๐๐๐.- บาท

รวมเป็นเงิน ๑,๐๐๐.- บาท

### กิจกรรมที่ ๒ จัดอบรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์รายใหม่และสามี

- ค่าอาหารกลางวัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและสามี

จำนวน ๑ มื้อๆละ ๕๐.- บาท จำนวน ๓๐ คน เป็นเงิน ๑,๕๐๐.- บาท

- ค่าอาหารว่าง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและสามี

จำนวน ๒ มื้อๆละ ๒๕.- บาท จำนวน ๓๐ คน เป็นเงิน ๑,๕๐๐.- บาท

- ค่าพาหนะ ไป - กลับ

จำนวน ๒ เที่ยวๆละ ๕๐.- บาท จำนวน ๓๐ คน เป็นเงิน ๓,๐๐๐.- บาท

- ค่าสมมนาคุณวิทยากร

จำนวน ๖ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐.- บาท เป็นเงิน ๑,๘๐๐.- บาท

- จัดซื้อเวชภัณฑ์ยา (เฮโมวิต) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ซีด

จำนวน ๒๐ คน \* ๔ เดือน \* ๖๐.- บาท เป็นเงิน ๔,๘๐๐.- บาท

รวมเป็นเงิน ๑๒,๖๐๐.- บาท

### กิจกรรมที่ ๒ จัดอบรมให้ความรู้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์

- ค่าอาหารกลางวัน สำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์

จำนวน ๑ มื้อๆละ ๕๐.- บาท จำนวน ๓๐ คน เป็นเงิน ๑,๕๐๐.- บาท

- ค่าอาหารว่าง สำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์

จำนวน ๒ มื้อๆละ ๒๕.- บาท จำนวน ๓๐ คน เป็นเงิน ๑,๕๐๐.- บาท

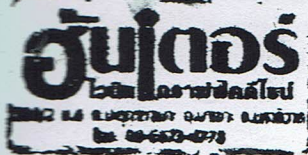
- ค่าพาหนะ ไป - กลับ

จำนวน ๒ เที่ยวๆละ ๕๐.- บาท จำนวน ๓๐ คน เป็นเงิน ๓,๐๐๐.- บาท

- ค่าสมมนาคุณวิทยากร

จำนวน ๖ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐.- บาท เป็นเงิน ๑,๘๐๐.- บาท

รวมเป็นเงิน ๗,๘๐๐.- บาท



# บิลเงินสด CASH SALES

เลขที่ BILL NO. 22

วันที่ DATE: 7 / 8 / 61 เล่มที่ BOOK NO. 5161

ชื่อนามลูกค้า CUSTOMER: รฟ. นงา ปิ่นสุภาวดี  
ที่อยู่ ADDRESS: อ. นงา อ. นงา

เลขประจำตัวประชาชน : IDENTIFICATION NO.  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร : TAX IDENTIFICATION NO.

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	สต./Stg.
1 ชิ้น	เครื่องเล่นพกพา 12 คอล รุ่น 9.0 x 1.4 12 คอล (เครื่องเล่นพกพา 12 คอล รุ่น 9.0 x 1.4 12 คอล รุ่น 9.0 x 1.4 12 คอล) (บริษัท อัมสเตอร์ ไฮไฟท์ ออโต้ สตรีทคาร์ จำกัด) (บริษัท อัมสเตอร์ ไฮไฟท์ ออโต้ สตรีทคาร์ จำกัด)	1000	1000	-
รวมเงิน TOTAL			1000	-

ผู้รับเงิน RECEIVED BY: [Signature]  
ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม: โรงเรียนแห่งที่สองโรงเรียนต้นนาคประชาสงเคราะห์ โครงการ/หลักสูตร: การอบรมผู้บริหารโรงเรียน วันที่: ๑๕ เดือน: กุมภาพันธ์ ปี: ๒๕๖๑ ถึงวันที่: ๑๕ เดือน: กุมภาพันธ์ ปี: ๒๕๖๑

ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้ส่งเอกสาร: ได้รับเงินจากกรมโรงเรียนแห่งที่สองโรงเรียนต้นนาคประชาสงเคราะห์ จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้ส่งเอกสาร: รวมทั้งสิ้น ๑๓๐ คน

ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร (บาท)	ค่าเช่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วันเดือนปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ
๑	น.ร. สุภมา งามเม	๑ ม.๖ ต. ป.จ.ต.สาเม	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑	สุภมา
๒	นาง อาริษา งามเม	๑๕ ม.๖ ต. ป.จ.ต.สาเม	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑	อาริษา
๓	น.ร. เกษม งามเม	๑๒/๑ ม.๑ ต. ป.จ.ต.สาเม	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑	เกษม
๔	นาย ทศนา งามเม	๑๒/๑ ม.๑ ต. ป.จ.ต.สาเม	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑	ทศนา
๕	น.ร. นพคุณ งามเม	๒๓/๘ ม.๑ ต. ป.จ.ต.สาเม	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑	นพคุณ
๖	นาย อัครเดช งามเม	๒๓/๘ ม.๑ ต. ป.จ.ต.สาเม	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑	อัครเดช
๗	น.ร. ทวีศักดิ์ งามเม	๒๓/๖ ม.๑ ต. ป.จ.ต.สาเม	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑	ทวีศักดิ์
๘	นาย สุทธิชัย งามเม	๓๐ ม.๑ ต. ป.จ.ต.สาเม	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑	สุทธิชัย
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								

จ่ายเงินแล้ว สุภมา ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นาง อาริษา งามเม)

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม...โรงเรียนช่างช่าง...โครงการหลักสูตร...  
 วันที่... ๑๕... เดือน... ๑๕... ถึงวันที่... ๑๕... เดือน... ๑๕...  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจากกรม...  
 ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร (บาท)	ค่าเช่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ
๑	ท.ช อีสงา ๕๖๖๖	๑๔ ซ.๖ ต.ปะอสาชไมเภา	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑	อีสง
๑๐	ท.ช ชวชา ๓๖๖๖	๕๖/๕ ซ.๑๐ ปะอสาชไมเภา	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑	ชว = ๔๗
๑๑	น.ส อีสงา อีสงา	๑๕/๒ ซ.๑๕ ต.ปะอสาชไมเภา	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑	อีสง
๑๒	น.ส ชุรอนันต์ อุม	๖๓ ซ.๑๓ ต.ปะอสาชไมเภา	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑	ชูรอนันต์
๑๓	นางน.ช อีสงา อีสงา	๖๓ ซ.๑๓ ต.ปะอสาชไมเภา	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑	น.ช อีสงา
๑๔	น.ส อีสงา อีสงา	๑๗/๑๕๕	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑	น.ส อีสงา
๑๕	นางชอุ่ม อีสงา	๑๗/๑๕๕	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑	นางชอุ่ม
๑๖	น.ส อีสงา อีสงา	๖๔๖ อีสง	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑	น.ส อีสงา
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								

ลายมือชื่อ... ผู้จ่ายเงิน  
 ลงชื่อ... ผู้รับเงิน  
 (นาง ชุรอนันต์ อีสงา)  
 ตำแหน่ง...  
 (นาง อีสงา อีสงา)  
 ตำแหน่ง...  
 (นาง อีสงา อีสงา)  
 ตำแหน่ง...

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม: โรงเรียนเทศบาลวังสมบูรณ์ ตั้ง ณ ตำบลสุเทพ อ.เมือง จ.แพร่ - โครงการหลักสูตร: ดูแลเชิงทว. ตามเกณฑ์มาตรฐานนี้ ประสิทธิภาพ  
 วันที่: ๑๕ เดือน: กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึงวันที่: ๑๕ เดือน: กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวนผู้รับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งสิ้น: ๑๗ คน  
 ผู้รับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์: ได้รับเงินจากกรม ได้รับความช่วยเหลือจาก: ค่าจ้างรถ ภาระทาง: ค่าจ้างรถ

ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร (บาท)	ค่าเช่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ
๑๗	นางสาว ส.ปรีดี	๖๒๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๒	นางสาว ส.ปรีดี
๑๘	นาย ส.ปรีดี	๖๒๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๒	นาย ส.ปรีดี
๑๙	นางสาว ส.ปรีดี	๖๒๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๒	นางสาว ส.ปรีดี
๒๐	นาย ส.ปรีดี	๖๒๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๒	นาย ส.ปรีดี
๒๑	นาย ส.ปรีดี	๖๒๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๒	นาย ส.ปรีดี
๒๒	นาย ส.ปรีดี	๖๒๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๒	นาย ส.ปรีดี
๒๓	นาย ส.ปรีดี	๖๒๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๒	นาย ส.ปรีดี
๒๔	นาย ส.ปรีดี	๖๒๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๕ ก.ค. ๒๕๖๒	นาย ส.ปรีดี
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								

จ่ายเงินแล้ว  
 กงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
 (นางสาว ส.ปรีดี)

ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม โรงเรียนท้าวศรีวิ้งสงขลาคณะลูกเสือฯ อบต.จ. นนทบุรี  
 โครงการ/หลักสูตร โครงการพัฒนากิจกรรมกลุ่มเยาวชนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๒-๖

วันที่ ๑๕ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า นาง ชาร์มีะ ฟูเต๊ะ ตรีคุณาศ อยู่บ้านเลขที่ ๓๐๐/๑ หมู่ที่ ๑

อำเภอสามพราน อำเภอ/เขต สามพราน จังหวัด นนทบุรี

โรงเรียนท้าวศรีวิ้งสงขลาคณะลูกเสือฯ - ไร่หวัดสองแคว ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
<u>ค่านายหน้าวิทยากร</u>	
<u>เงินค่าจ้างวิทยากร ๓๐๐ - บาท</u>	<u>๕๐๐ -</u>
<u>ค่านายหน้าวิทยากร</u>	
<u>ค่านายหน้าวิทยากร</u>	
<u>ค่านายหน้าวิทยากร</u>	
<u>ค่านายหน้าวิทยากร</u>	
<u>บาท</u>	<u>๕๐๐ -</u>

จำนวนเงิน ( เงินห้าร้อยบาทถ้วน )

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้รับเงิน  
 ( นางชาริมา ฟูเต๊ะ )

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้จ่ายเงิน  
 ( นาง ชาร์มีะ ฟูเต๊ะ )

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบจ่ายเงินไปแล้ว  
 เป็นค่า ค่านายหน้าวิทยากร  
 ไปก่อนแล้ว เมื่อวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑  
 ( [Signature] )  
 (นางชาริมา ฟูเต๊ะ)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

## ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม...รพ.สต.ปะลิวาสมาณะ อ.นาเจาะ จ.นราธิวาส  
โครงการ...โครงการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ ปี ๒๕๖๑

วันที่ ๑๙ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า นายไชนูดิ้ง การี อยู่บ้านเลขที่ ๗/๑ หมู่ที่ ๕ ตำบล ปะลิวาสมาณะ  
อำเภอ นาเจาะ จังหวัด นราธิวาส ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะลิวาสมาณะ  
กระทรวง สาธารณสุข ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ค่าสมนาคุณวิทยากร		
จำนวน ๓ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐.- บาท เป็นเงิน	๙๐๐	๐๐
วันที่คิด/จ่าย...๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๑...		
ชื่อโครงการ...กิจกรรมที่ ๒ อบรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์รายใหม่และสามี... )		
โครงการ...โครงการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ ปี ๒๕๖๑... )		
รวม(บาท)	๙๐๐	๐๐

จำนวนเงิน  
(ตัวอักษร)

-เงินเก้าร้อยบาทถ้วน-

ลงชื่อ.....*ไชนูดิ้ง การี*.....ผู้รับเงิน

(..นายไชนูดิ้ง การี..)

ข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายเงินไปแล้ว

เป็นค่าสมนาคุณวิทยากร

ไปก่อนแล้ว เมื่อวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๑

*ซารีม๊ะ ปูเต๊ะ*

(..นางซารีม๊ะ ปูเต๊ะ..)

ลงชื่อ.....*ซารีม๊ะ ปูเต๊ะ*.....ผู้จ่ายเงิน

(..นางซารีม๊ะ ปูเต๊ะ..)

ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ใบสำคัญรับเงิน

ที่ รพ. สท. ปะทุมคาม - อ. นาคะ - จ. นครราชสีมา

ข้าพเจ้า นาม น. พ. ชัยยะเชษฐ์ วันที่ ๑๕ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑  
 ภูมิลำเนา ช. น. ๑๑๐ อยู่บ้านเลขที่ ๒๐๐/๓ หมู่ที่ ๑  
 ตำบล ปะทุมคาม อำเภอ นาคะ จังหวัด นครราชสีมา  
 โรงพยาบาล สท. ปะทุมคาม คณะพยาบาล ปะทุมคาม ภูธรวงษ์  
 ภูธรวงษ์  
 และขอไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๑ มื้อๆ ละ ๕๐ บาท x ๓๐ คน	๑๕๐๐	-
- ค่าอาหารว่างตลอดเช้า จำนวน ๒ มื้อๆ ละ ๒๕ บาท x ๓๐ คน	๑๕๐๐	-
รวม(บาท)	๓๐๐๐	-

จำนวนเงิน - เงินสามพันบาทถ้วน

จ่ายเงินสั่ง

*[Signature]*  
 ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑  
 ๒๙ / ๗๐ / ๒๕๖๑

ลงชื่อ *[Signature]* ผู้รับเงิน  
 ( นาม น. พ. ชัยยะเชษฐ์ ช. น. ๑๑๐ )

ลงชื่อ *[Signature]* ผู้จ่ายเงิน  
 ( นาม น. พ. ชัยยะเชษฐ์ ช. น. ๑๑๐ )



สัญญาเงินยืม

เลขที่ ๕/๖๑

วันครบกำหนด ๑๗ ส.ค. ๖๑

ยืม สาธารณสุขอำเภอบาเจาะ

ข้าพเจ้า.....นางซารีม๊ะ ปูเต๊ะ.....

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....

มีติด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบาเจาะ มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก รพ.สต.ปะลุกาสาเมาะ อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส

เพื่อเป็นโครงการดูแลหญิงมีครรภ์อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ ปี ๒๕๖๑


วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมรพ.สต.ปะลุกาสาเมาะ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส

กิจกรรมที่ ๒ จัดอบรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์รายใหม่และสามี

- ค่าอาหารกลางวัน	จำนวน ๑ มื้อๆละ ๕๐.- บาท * ๓๐ คน	เป็นเงิน	๑,๕๐๐ บาท
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	จำนวน ๒ มื้อๆละ ๒๕.- บาท * ๓๐ คน	เป็นเงิน	๑,๕๐๐ บาท
- ค่าพาหนะ ไป - กลับ	จำนวน ๒ เที่ยวๆละ ๕๐.- บาท * ๓๐ คน	เป็นเงิน	๓,๐๐๐ บาท
- ค่าสมนาคุณวิทยากร	จำนวน ๖ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐.- บาท	เป็นเงิน	๑,๘๐๐ บาท

(อักษร) เจ็ดพันแปดร้อยบาทถ้วน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๗,๘๐๐ บาท

ข้าพเจ้าสัญญาว่าปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงิน  
ไปจ่าย ( ถ้ามี ) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายจากคลัง คือ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่กลับจากราชการ  
ถ้าไม่ทำตามกำหนด ข้าพเจ้ายอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ  
จากราชการ ชดใช้จำนวนเงินยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที

ลายมือชื่อ.....  ..... ผู้ยืม วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑

ยืม สาธารณสุขอำเภอบาเจาะ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติให้ยืมเงินตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน ๗,๘๐๐ บาท

(อักษร) เจ็ดพันแปดร้อยบาทถ้วน

ชื่อ).....  ..... วันที่..... ๕ ก.ค. ๒๕๖๑.....

คำอนุมัติ

อนุมัติให้ยืมเงินตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นเงิน ๗,๘๐๐ บาท เจ็ดพันแปดร้อยบาทถ้วน

ชื่อ).....  ..... ผู้อนุมัติ วันที่..... ๖ ก.ค. ๒๕๖๑.....

ใบรับเงิน

ได้รับเงินยืมจำนวน ๗,๘๐๐ บาท เจ็ดพันแปดร้อยบาทถ้วน

ชื่อ).....  ..... ผู้รับเงิน วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๑

รายการส่งใช้เงินยืม

วันที่.....	รายการส่งใช้	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	ใบเสร็จรับเลขที่
เงินสด / ใบสำคัญ	จำนวน		

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โครงการพัฒนาระบบงาน.....  
 วันที่.....เดือน.....ปี.....  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจาก.....  
 ปกฏรายละเอียด ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร (บาท)	ค่าเช่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วันเดือนปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ
๑	นางสาว อรุณรัตน์	๑๐ ม. ๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๐๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อรุณรัตน์
๒	นางสาว อรุณรัตน์	๑๐ ม. ๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๐๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อรุณรัตน์
๓	นางสาว อรุณรัตน์	๑๐ ม. ๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๐๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อรุณรัตน์
๔	นางสาว อรุณรัตน์	๑๐ ม. ๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๐๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อรุณรัตน์
๕	นางสาว อรุณรัตน์	๑๐ ม. ๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๐๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อรุณรัตน์
๖	นางสาว อรุณรัตน์	๑๐ ม. ๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๐๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อรุณรัตน์
๗	นางสาว อรุณรัตน์	๑๐ ม. ๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๐๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อรุณรัตน์
๘	นางสาว อรุณรัตน์	๑๐ ม. ๖	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๐๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อรุณรัตน์
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
 (นางสาว อรุณรัตน์ ปิ่นแก้ว)

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม... โรงเรียนเทศบาลวัดจันทรมงคล ..... โครงการหลักสูตร ดูแลขวัญวัดจันทรมงคล .....  
 วันที่ ๑๗ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ..... วันที่ ๒๕ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ .....  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจากกรม... โรงเรียนเทศบาลวัดจันทรมงคล .....  
 ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร (บาท)	ค่าเช่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ
๑๗	พ.ศ. พงษ์ลาภ สวัสดิ์	๑๘๖/๑ ซ. ๑	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖	พงษ์ลาภ
๑๘	พ.ศ. อภิสิทธิ์ งามระ	๒๙๗/๒ ซ. ๑	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อภิสิทธิ์
๑๙	น.ส. นงนุช งามระ	๑๖/๒ ซ. ๑	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖	นงนุช
๒๐	พ.ศ. นพคุณ งามระ	๗/๑ ซ. ๕ ต. ปากตลาด	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖	นพคุณ
๒๑	พ.ศ. เวศม์ งามระ	๒๗/๑ ซ. ๕ ต. ปากตลาด	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖	เวศม์
๒๒	พ.ศ. อภิสิทธิ์ งามระ	๒๓๒/๒ ซ. ๑	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อภิสิทธิ์
๒๓	พ.ศ. อภิสิทธิ์ งามระ	๑๖๖/๑ ซ. ๑	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อภิสิทธิ์
๒๔	น.ส. อาริยา งามระ	๑๘๐/๑ ซ. ๑	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖	อาริยา
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								

ลงชื่อ..... อาริยา ..... ผู้จ่ายเงิน  
 (..... พงษ์ลาภ..... ผู้รับ.....)  
 ตำแหน่ง..... นางสาว อภิสิทธิ์ งามระ .....  
 (..... อภิสิทธิ์.....)

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อหน่วยงานผู้จัดฝึกอบรม..... วิทยาลัยเทคโนโลยีอาชีวศึกษา.....  
 วันที่ ๑๓ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑.....  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้ส่งบุคลากร..... จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้ส่งบุคลากร..... คน  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้ส่งบุคลากร..... ได้รับเงินจากกรม..... กระทรวง.....

ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร (บาท)	ค่าเช่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ
๕	นางสาว นภาพร นิลสี	๘๕ อ. ๗	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นางนภาพร นิลสี
๑๐	นางสาว ชุติมา ดาตง	๑๕๑ อ. ๒	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นางชุติมา ดาตง
๑๑	นางสาว ตติยา เรือง	๑๑๑ อ. ๕	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นางตติยา เรือง
๑๒	นายวิชาญ นิลสี	๒๗๐/๒ อ. ๘	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นายวิชาญ นิลสี
๑๓	นายวิชาญ นิลสี	๑๑๑ อ. ๕	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นายวิชาญ นิลสี
๑๔	นายวิชาญ นิลสี	๑๑๑ อ. ๕	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นายวิชาญ นิลสี
๑๕	นายวิชาญ นิลสี	๑๑๑ อ. ๕	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นายวิชาญ นิลสี
๑๖	นายวิชาญ นิลสี	๑๑๑ อ. ๕	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นายวิชาญ นิลสี
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
 (นาง ชุติมา นิลสี)  
 ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการ

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม... วิทยาลัยการศึกษานานาชาติ  
 วันที่ ๑๓ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์... วิทยาลัยการศึกษานานาชาติ

ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร (บาท)	ค่าเช่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ
๑๗	ร.ศ. ฟอร์ดพิทักษ์ สวัสดิ์	188/1 ซ. 1 ต.	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๓ ก.ย. ๒๕๖๕	ฟอร์ดพิทักษ์
๑๘	ร.ศ. อรุณพรพร งามเษ	๒๑๗/๒ ซ. 1	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๓ ก.ย. ๒๕๖๕	อรุณพรพร
๑๙	น.ส. นงนิจา ธีร	๑๖/๒ ซ. ๑	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๓ ก.ย. ๒๕๖๕	นงนิจา
๒๐	ร.ศ. นพพรชชาติ สุวัช	๕๗/1 ซ. ๕ ต. ปากตลาด	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๓ ก.ย. ๒๕๖๕	นพพรชชาติ
๒๑	ร.ศ. ใจดีใจดี นน	๕๗/๑ ซ. ๕ ต. ปากตลาด	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๓ ก.ย. ๒๕๖๕	ใจดีใจดี
๒๒	น.ส. อริยาภา อดิ	๒๓๒/๒ ซ. ๒	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๓ ก.ย. ๒๕๖๕	อริยาภา
๒๓	ร.ศ. ธีรศักดิ์ ธานี	๑๓๒ ซ. ๘	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๓ ก.ย. ๒๕๖๕	ธีรศักดิ์
๒๔	น.ส. ชารอน นัน	๑๔๐ ซ. ๘	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๓ ก.ย. ๒๕๖๕	ชารอน นัน
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								

ลงชื่อ... ผู้จ่ายเงิน  
 (นาง) อริยาภา อดิ  
 ตำแหน่ง... พนักงานบัญชี ชำนาญงาน

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม: กองช่าง ส่วนช่างไฟฟ้า ตำบลท่าตด อำเภอท่าตด จังหวัดน่าน  
 วันที่: ๑๓ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๓ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑  
 ผู้ใช้บริการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์: นายสมชาย ใจดี ตำบลท่าตด อำเภอท่าตด จังหวัดน่าน  
 วัตถุประสงค์การ: ได้รับเงินจากกรม  
 โครงการหลักสูตร: โครงการหลักสูตร  
 จำนวนผู้รับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์: ๓๐ คน  
 รวมทั้งสิ้น: ๓๐ คน

ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร (บาท)	ค่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ
๑	นายสมชาย ใจดี	137 2/8	-	-	900	900	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นายสมชาย ใจดี
๒	นายสมชาย ใจดี	16 2/2	-	-	900	900	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นายสมชาย ใจดี
๓	นายสมชาย ใจดี	292/1 2/2	-	-	900	900	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นายสมชาย ใจดี
๔	นายสมชาย ใจดี	25 2/2	-	-	900	900	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นายสมชาย ใจดี
๕	นายสมชาย ใจดี	98 2/11	-	-	900	900	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นายสมชาย ใจดี
๖	นายสมชาย ใจดี	53/5 2/5	-	-	900	900	๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑	นายสมชาย ใจดี
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น						๓๖๐๐	๓๖๐๐	

ลงชื่อ: สมชาย ใจดี ผู้จ่ายเงิน  
 (นายสมชาย ใจดี)  
 ตำแหน่ง: พนักงานวิชาชีพชำนาญการ

## ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม รพ.สต.ปะลูกาสาเมาะ อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส  
โครงการ/หลักสูตร โครงการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ ปี ๒๕๖๑

วันที่ ๑๓ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า นางชารีฮะ เจริญมาศ อยู่บ้านเลขที่ ๓๐๐/๑ หมู่ที่ ๑ ตำบล ปะลูกาสาเมาะ  
อำเภอ บาเจาะ จังหวัด นราธิวาส ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะลูกาสาเมาะ  
กระทรวง สาธารณสุข ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าสมนาคุณวิทยากร		
จำนวน ๓ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐.- บาท เป็นเงิน	๙๐๐	๐๐
( วันที่จัด/จ่าย...๑๓ กันยายน ๒๕๖๑...)		
( ชื่อกิจกรรม...กิจกรรมที่ ๒ อบรมให้ความรู้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์... )		
( โครงการ...โครงการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ ปี ๒๕๖๑... )		
รวม(บาท)	๙๐๐	๐๐

จำนวนเงิน  
(ตัวอักษร)

-เงินเก้าร้อยบาทถ้วน-

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(นางชารีฮะ เจริญมาศ)

ข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายเงินไปแล้ว

เป็นค่าสมนาคุณวิทยากร

ไปก่อนแล้ว เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางชารีม๊ะ ปูเต๊ะ)

(นางชารีม๊ะ ปูเต๊ะ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

## ใบสำคัญรับเงิน

ที่ รพ.สต.ปะลุกาสาเมาะ อ.บาเจาะ

วันที่ ๑๓ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า.....นายมะรอซี..... มีขอ.....อยู่บ้านเลขที่.....๓๑.....หมู่ที่.....๑.....

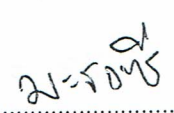
ตำบล...ปะลุกาสาเมาะ.....อำเภอ.....บาเจาะ.....จังหวัด.....นราธิวาส.....

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะลุกาสาเมาะ กระทรวงสาธารณสุข ดังรายการ  
ต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ได้รับเงิน		
-ค่าอาหารกลางวัน ๑ มื้อๆละ ๕๐.-บาท * ๓๐ คน เป็นเงิน	๑,๕๐๐	๐๐
-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒ มื้อๆละ ๒๕.-บาท * ๓๐ คน เป็นเงิน	๑,๕๐๐	๐๐
@ กิจกรรมที่ ๒ จัดอบรมให้ความรู้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ ตามโครงการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ ปี ๒๕๖๑...		
รวม(บาท)	๓,๐๐๐	๐๐

จำนวนเงิน  
(ตัวอักษร)

-เงินสามพันบาทถ้วน-

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน

( นาย มะรอซี มีขอ )

ลงชื่อ..........ผู้จ่ายเงิน

( นางชารีมะ ปูเต๊ะ )

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



สัญญาเงินยืม

เลขที่ ๑๑/๖๑

วันครบกำหนด ๑๒ ต.ค. ๖๑

ธนาคาร สาธารณสุขอำเภอบาเจาะ

นาย/นางสาว.....นางสาวชูไวยะห์ นะยะอิ.....

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....

เกิด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบาเจาะ มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก รพ.สต.ปะลูกาสาเกาะ อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส

เพื่อใช้ในโครงการดูแลหญิงมีครรภ์อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ ปี ๒๕๖๑

วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมรพ.สต.ปะลูกาสาเกาะ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส

กิจกรรมที่ ๓ จัดอบรมให้ความรู้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์

- ค่าอาหารกลางวัน	จำนวน ๑ มื้อๆละ ๕๐.- บาท * ๓๐ คน	เป็นเงิน	๑,๕๐๐ บาท
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	จำนวน ๒ มื้อๆละ ๒๕.- บาท * ๓๐ คน	เป็นเงิน	๑,๕๐๐ บาท
- ค่าพาหนะ ไป - กลับ	จำนวน ๒ เที่ยวๆละ ๕๐.- บาท * ๓๐ คน	เป็นเงิน	๓,๐๐๐ บาท
- ค่าสมนาคุณวิทยากร	จำนวน ๖ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐.- บาท	เป็นเงิน	๑,๘๐๐ บาท

อักษร) เจ็ดพันแปดร้อยบาทถ้วน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๗,๘๐๐ บาท

ข้าพเจ้าสัญญาว่าปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำไปสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงิน  
หรือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายจากคลัง คือ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่กลับจากราช  
ถ้าไม่ทำตามกำหนด ข้าพเจ้ายอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ  
ราชการ ชดใช้จำนวนเงินยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที

มือชื่อ.....  ผู้ยืม วันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๑

ธนาคาร สาธารณสุขอำเภอบาเจาะ


ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติให้ยืมเงินตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน ๗,๘๐๐ บาท

อักษร) เจ็ดพันแปดร้อยบาทถ้วน

ชื่อ).....  วันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๑

คำอนุมัติ

อนุมัติให้ยืมเงินตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นเงิน ๗,๘๐๐ บาท เจ็ดพันแปดร้อยบาทถ้วน

ชื่อ).....  ผู้อนุมัติ วันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๑

ใบรับเงิน

ได้รับเงินยืมจำนวน ๗,๘๐๐ บาท เจ็ดพันแปดร้อยบาทถ้วน

ชื่อ).....  ผู้รับเงิน วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑

รายการส่งใช้เงินยืม

วันที่.....	วันที่.....	รายการส่งใช้	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	ใบเสร็จรับเลขที่
เงินสด / ใบสำคัญ	จำนวน			

พ. ๑๕๒/๖๑

สำนักงานสาธารณสุข

เลขที่รับ..... ๑๑

วันที่..... ๓๑

๕๖๑) ๐๙, ๖



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลุกสาเมาะ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส

ที่ นธ ๐๗๓๒.๖/๒๘๘

วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง รายงานขออนุมัติเบิก - จ่ายเงินค่าเวชภัณฑ์ยา

เรียน สาธารณสุขอำเภอบาเจาะ

ตามบันทึกข้อความ ที่ นธ ๐๗๓๒.๖/๒๗๕ ลงวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลุกสาเมาะ ได้ดำเนินการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยา ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ไปแล้วนั้น

ในการนี้ จึงขออนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าเวชภัณฑ์ยา ตามที่ผู้ตรวจรับพัสดุได้ลงนามในใบตรวจรับเรียบร้อยแล้ว เป็นเงิน ๔,๘๐๐.- (เงินสี่พันแปดร้อยบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายดังกล่าวข้างต้น ให้แก่ผู้จัดการร้านซูบฮี เลขที่ ๑๑๑/๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลปลุกสาเมาะ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๙ ๖๐๐๗๕๓ ต่อไป

(ลงชื่อ).....

( นายวิทยา ไชยลาภ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลุกสาเมาะ

เรียน สาธารณสุขอำเภอบาเจาะ

- ตรวจสอบหลักฐานถูกต้องแล้ว เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

( นายมะซอและห์ สาและ )

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

คำสั่ง

อนุมัติ

( นายเบญจมินทร์ เจาะและ )

สาธารณสุขอำเภอบาเจาะ

- ๓ ก.ย. ๒๕๖๑

เลขที่ 112/16 อ.บ ต.ป.ล.ท.ส.ส.ส.ส.ส. = 0.2บาท  
 จ.บ.ช.อ.ล. 96170

เล่มที่ BOOK NO. 1  
 เลขที่ BILL NO. 7

**CASH SALE บิลเงินสด 現兑單**

นาม 寶號 NAME จ.บ.ช.อ.ล.ท.ส.ส.ส.ส.  
 ที่อยู่ 住址 ADDRESS อ.บ.ท.ค. = จ.บ.ช.อ.ล. 96170

วันที่ 日期 27 กันยายน 67  
 Date ~~24 ก.ย. 2561~~  
 ทะเบียนการค้า 商標編號 Commercial License 3-9103-00205-861

จำนวน QUANTITY 數量	รายการ DESCRIPTION 貨名	หน่วยละ UNIT PRICE 備註	จำนวนเงิน AMOUNT 金額
80	เฮโมวิต (Hemovit)	60	4800
			}
บาท BAHT 銖	[สี่พันแปดร้อยบาทถ้วน]		รวมเงิน TOTAL 共銀 4800

ผู้รับเงิน 收銀人 COLLECTOR [Signature]