

เล่มที่.....1.....

เลขที่.....3.....

## ใบเสร็จรับเงิน

วันที่.....13..... เดือน.....กุมภาพันธ์..... พ.ศ. ....2562.....

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งนารี...ตำบล...ทุ่งนารี...อำเภอ...ป่าบอน...จังหวัด...พัทลุง.....

ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งนารี..... ที่อยู่.....หมู่ที่.3.....ตำบล ทุ่งนารี.....

ถนน.....อำเภอ.....ป่าบอน..... จังหวัด.....พัทลุง..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รับคืนเงินโครงการอบรมสร้างแกนนำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินงานคลินิกไร้พุง (DPAC) (ch.5444278 ลว.07/02/2562)	800	-
รวมเงิน	800	-

จำนวนเงิน .....(แปดร้อยบาทถ้วน)..... บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน

(...นางเนาวรัตน์...เกื้อกุล.....)