



**บิลเงินสด**  
**CASH SALES**

เลขที่ BILL NO. ๑๑

วันที่ DATE : ๗ / ๘ / ๖๑ เล่มที่ BOOK NO. ๕๖๖

นามลูกค้า CUSTOMER: จ.พ. ๖๐๓ ปทุมธานี

เลขประจำตัวประชาชน IDENTIFICATION NO. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

ที่อยู่ ADDRESS : อ.บางบาล ลพบุรี

เลขประจำตัวเสียภาษี TAX IDENTIFICATION NO. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

| จำนวน<br>QUANTITY | รายการ<br>DESCRIPTION  | หน่วยละ<br>UNIT PRICE | จำนวนเงิน<br>AMOUNT |          |
|-------------------|--|-----------------------|---------------------|----------|
|                   |  |                       | บาท/Baht            | สต./Stg. |
| 1 ชิ้น            | หม้อดินเผาทำมือ<br>ขนาด 9.0 x 1.4 นิ้ว<br>(คิดจากหม้อดินเผาทำมือ<br>ตามวิธีมาตรฐาน ม. ๖๖๖) | 1000                  | 1000                | -        |
|                   |  |                       | รวมเงิน TOTAL       |          |
|                   |  |                       | 1000                | -        |

ผู้รับเงิน RECEIVED BY : จ.พ. ๖๐๓  
ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคลากรภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม: โรงเรียนกษัตริย์ศึกกองทัพไทย ..... พ.ศ. ๒๕๖๑ ..... เดือน กุมภาพันธ์ ..... พ.ศ. ๒๕๖๑ ..... วันที่ ๑๕ ..... เดือน กุมภาพันธ์ ..... พ.ศ. ๒๕๖๑ .....  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจากกรม: โรงเรียนกษัตริย์ศึกกองทัพไทย .....  
 ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

| ลำดับที่            | ชื่อ - สกุล       | ที่อยู่                   | ค่าอาหาร (บาท) | ค่าเช่าที่พัก (บาท) | ค่าพาหนะ (บาท) | รวมเป็นเงิน (บาท) | วัน เดือน ปี ที่รับเงิน | ลายมือชื่อ |
|---------------------|-------------------|---------------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|-------------------------|------------|
| ๑                   | น.ส. สุจิตา กานเม | ๑ ไร่ ๖ ค. ป.เขตสามเภา    | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑            | สุจิตา     |
| ๒                   | นาง อาริษา กานเม  | ๑๕ ไร่ ๔ ค. ต.วัดไกรทรวง  | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑            | อาริษา     |
| ๓                   | น.ส. เขษิณี ตาเชง | ๑๒/๑ ไร่ ๑ ค. ช.จ.สุภาวดี | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑            | เขษิณี     |
| ๔                   | นาย ทศนา มาชัย    | ๑๒/๑ ไร่ ๑ ค. ช.จ.สุภาวดี | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑            | ทศนา       |
| ๕                   | น.ส. นภาพาน ใจศรี | ๒๑/๘ ไร่ ๑ ค. ช.จ.สุภาวดี | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑            | นภาพาน     |
| ๖                   | นาย อัจฉริยา อาม  | ๒๑/๘ ไร่ ๑ ค. ช.จ.สุภาวดี | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑            | อัจฉริยา   |
| ๗                   | นาย วิชาญ ใจศรี   | ๒๑/๘ ไร่ ๑ ค. ช.จ.สุภาวดี | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑            | วิชาญ      |
| ๘                   | นาย วิชาญ ใจศรี   | ๒๑/๘ ไร่ ๑ ค. ช.จ.สุภาวดี | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑            | วิชาญ      |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น |                   |                           |                |                     |                |                   |                         |            |

จ่ายเงินแล้ว วิชาญ ใจศรี  
 ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
 (นาง วิชาญ ใจศรี)  
 ตำแหน่ง: นาง วิชาญ ใจศรี

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม... โรงเรียนช่างเครื่องเสริมสวยช่างเย็บผ้า...  
 วันที่ ๑๕ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๕ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจากกรม... โรงเรียนช่างเครื่องเสริมสวยช่างเย็บผ้า...  
 ปราบปรามโดย... นาง ชัยพร กะทรวง ...

| ลำดับที่            | ชื่อ - สกุล        | ที่อยู่               | ค่าอาหาร (บาท) | ค่าเช่าที่พัก (บาท) | ค่าพาหนะ (บาท) | รวมเป็นเงิน (บาท) | วัน เดือน ปี ที่รับเงิน | ลายมือชื่อ |
|---------------------|--------------------|-----------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|-------------------------|------------|
| ๑                   | น.ส. อัจฉา ๕๖๖๖    | 19 ซ. 6 ต. ปะนาสาร    | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๖            | อ.ส.จ      |
| ๑๐                  | นาย ชยาภ ๖๖๖๖      | 56/5 ซ. 1๐ ต. ปะนาสาร | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๖            | ช. = ช.๗   |
| ๑๑                  | น.ส. อัจฉา ๕๖๖๖    | 15/2 ซ. 5 ต. ปะนาสาร  | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๖            | อ.ส.จ      |
| ๑๒                  | น.ส. นรอนันต์ ๖๖๖๖ | 63 ซ. 1๓ ต. ปะนาสาร   | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๖            | อ.ส.จ      |
| ๑๓                  | นางสาว อัจฉา ๕๖๖๖  | 63 ซ. 1๓ ต. ปะนาสาร   | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๖            | อ.ส.จ      |
| ๑๔                  | ๑๐๐๕๖๖             | ๑๗๗/๑๕                | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๖            | อ.ส.จ      |
| ๑๕                  | ๑๐๐๕๖๖             | ๑๗๗/๑๕                | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๖            | อ.ส.จ      |
| ๑๖                  | อ.ส.จ              | ๖๔๖๖                  | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๖            | อ.ส.จ      |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น |                    |                       |                |                     |                |                   |                         |            |

จ่ายเงิน...  
 ลงชื่อ... นาง ชัยพร ... ผู้จ่ายเงิน  
 (นาง ชัยพร = อ.ส.จ)

ลายมือชื่อ  
อ.ส.จ  
 ๑๕/๗/๖๖

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม...โรงเรียนเทศบาลวังเย็นสงขลา ตำบลควนท่าแร่ อ.เทพ...โครงการ/หลักสูตร...ดูแลเชิงปฏิบัติการด้วยวิธีสอนที่มีประสิทธิภาพ  
 วันที่...๑๕...เดือน...กรกฎาคม...พ.ศ. ๒๕๖๑...ถึงวันที่...๑๕...เดือน...กรกฎาคม...พ.ศ. ๒๕๖๑  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์...ได้รับเงินจากกรม...โรงเรียนเทศบาลวังเย็นสงขลา ตำบลควนท่าแร่ อ.เทพ...จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์...รวมทั้งสิ้น...๑๓๐...คน  
 ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

| ลำดับที่            | ชื่อ - สกุล  | ที่อยู่    | ค่าอาหาร (บาท) | ค่าเช่าที่พัก (บาท) | ค่าพาหนะ (บาท) | รวมเป็นเงิน (บาท) | วัน เดือน ปี ที่รับเงิน | ลายมือชื่อ   |
|---------------------|--------------|------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|-------------------------|--------------|
| ๑๗                  | นางสาว น. น. | ๑๒/๓ อ. ๖  | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑            | นางสาว น. น. |
| ๑๘                  | น. น.        | ๑๔/๑ อ. ๑๑ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑            | น. น.        |
| ๑๙                  | นางสาว น. น. | ๑๔/๑ อ. ๑๑ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑            | นางสาว น. น. |
| ๒๐                  | นาย น. น.    | ๒๕/๒ อ. ๒  | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑            | นาย น. น.    |
| ๒๑                  | อ. น. น.     | ๒๕/๒ อ. ๒  | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑            | อ. น. น.     |
| ๒๒                  | นาย น. น.    | ๑๒/๑ อ. ๖  | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑            | นาย น. น.    |
| ๒๓                  | นาย น. น.    | ๑๒/๑ อ. ๖  | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑            | นาย น. น.    |
| ๒๔                  | น. น.        | ๑๒ อ. ๕    | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๑            | น. น.        |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น |              |            |                |                     |                |                   |                         |              |

จ่ายเงินแล้ว  
 ลงชื่อ... ผู้จ่ายเงิน  
 (นางสาว น. น.)  
 ตำแหน่ง...โรงเรียนเทศบาลวังเย็นสงขลา

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม... โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเสา - อ.เมือง - จ.อุตรดิตถ์  
 วันที่ ๑๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๕ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจากกรม... โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเสา - อ.เมือง - จ.อุตรดิตถ์  
 ปราบจรรยาบรรณโดย นางสาว... ดังนี้

| ลำดับ<br>ที่        | ชื่อ - สกุล | ที่อยู่ | ค่าอาหาร<br>(บาท) | ค่าเช่าที่พัก<br>(บาท) | ค่าพาหนะ<br>(บาท) | รวมเป็นเงิน<br>(บาท) | วัน เดือน ปี<br>ที่รับเงิน | ลายมือชื่อ |
|---------------------|-------------|---------|-------------------|------------------------|-------------------|----------------------|----------------------------|------------|
| ๑๕                  | นางสาว...   | ๑๑๕/๑   | -                 | -                      | ๑๐๐               | ๑๐๐                  | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑               | นางสาว...  |
| ๑๖                  | นาย...      | ๑๑๕/๑   | -                 | -                      | ๑๐๐               | ๑๐๐                  | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑               | นาย...     |
| ๑๗                  | นาง...      | ๑๑๕/๑   | -                 | -                      | ๑๐๐               | ๑๐๐                  | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑               | นาง...     |
| ๑๘                  | นาย...      | ๑๑๕/๑   | -                 | -                      | ๑๐๐               | ๑๐๐                  | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑               | นาย...     |
| ๑๙                  | นาย...      | ๑๑๕/๑   | -                 | -                      | ๑๐๐               | ๑๐๐                  | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑               | นาย...     |
| ๒๐                  | นาย...      | ๑๑๕/๑   | -                 | -                      | ๑๐๐               | ๑๐๐                  | ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๑               | นาย...     |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น |             |         |                   |                        |                   | ๓,๐๐๐                | ๓,๐๐๐                      |            |

ลายมือชื่อ... นางสาว... ผู้จ่ายเงิน  
 ตำแหน่ง... นางสาว... เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลศรีนครินทร์สงขลานครินทร์-สุราษฎร์ธานี-อ.บางสะพาน-จ.นครศรีธรรมราช

โครงการ/หลักสูตร.....โครงการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

วันที่ ๑๕ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า นาง ชรินทร์, ศรีมหาศ.....อยู่บ้านเลขที่ ๓๐๐/๑ หมู่ที่ ๑


ตำบล/แขวง.....สะท้าน.....อำเภอ/เขต.....บางสะพาน.....จังหวัด.....นครศรีธรรมราช

ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลศรีนครินทร์สงขลานครินทร์-สุราษฎร์ธานี.....ด้วยรายการต่อไปนี้

| รายการ  | จำนวนเงิน  |
|---|------------|
| - ค่าส่วนลดกรณีพักค้าง                                |            |
| จำนวน ๓ ชั่วโมง ทุกๆ ๓๐๐ - บาท                        | เงิน ๕๐๐ - |
| (วันที่จ่าย/จัด.....๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑.....)             |            |
| ชื่อกิจกรรม.....อบรมในสถานศึกษาของบุคลากรในโรงพยาบาล  |            |
| โครงการ.....โครงการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรในโรงพยาบาล |            |
|   | บาท ๕๐๐ -  |

จำนวนเงิน(.....เงินห้าร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน  
(นาง ชรินทร์, ศรีมหาศ.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน  
(นาง ชรินทร์, ศรีมหาศ.....)

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว

เป็นค่า

ไปก่อน

(.....)

(นาง.....  
พยานาสวี

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 9602 00105 91 1  
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาง ชารีเยะ เจริญมาศ  
 Name Mrs. Sareeha  
 Last name Charoenmart

เกิดวันที่ 6 ก.ย. 2504  
 Date of Birth 6 Sep. 1961

ศาสนา อิสลาม

ที่เลข 300/1 หมู่ที่ 1 ต.ปะดุกาสามะ  
 อ.ปะเจาะ จ.นราธิวาส  
 26 ส.ค. 2558  
 วันออกบัตร 26 Aug. 2015 (ชื่อย่อ: ช.ช.)  
 Date of Issue เจริญมาศ เจริญมาศ

วันที่ 2566  
 วันบัตรหมดอายุ 5 Sep. 2023  
 Date of Expiry 9803-03-00201132



ช.ช. เจริญมาศ  
 (นางชารีเยะ เจริญมาศ)

## ใบสำคัญรับเงิน

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

วันที่...๑๙...เดือน...กรกฎาคม...พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า...นายไชนุดิง...การี...อยู่บ้านเลขที่...๗/๑...หมู่ที่...๕...ตำบล...ปะลิวาสาเกาะ  
อำเภอ...บาเจาะ...จังหวัด...นราธิวาส...ได้รับเงินจาก...โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะลิวาสาเกาะ  
กระทรวง...สาธารณสุข...ดังรายการต่อไปนี้

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

จำนวนเงิน  
(ตัวอักษร)

-เงินเก้าร้อยบาทถ้วน-

ลงชื่อ.....นายไชนุดิง การี.....ผู้รับเงิน

(...นายไชนุดิง...การี...)

ข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายเงินไปแล้ว

เป็นค่าสมนาคุณวิทยากร

ไปก่อนแล้ว เมื่อวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๑

(...นางซารีมีะ...ปูเต๊ะ...)

ลงชื่อ.....นางซารีมีะ ปูเต๊ะ.....

(...นางซารีมีะ...ปูเต๊ะ...)

ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพ




**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9603 00066 95 3

**ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ไชยดิ้ง การี**  
 Name Mr. Sainuding  
 Last name Karee  
 เกิดวันที่ 19 พ.ค. 2534  
 Date of Birth 19 May 1991  
 ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 7/1 หมู่ที่ 5 ต.ปะลอกาสามะ  
 อ.บางเจาะ จ.นครราชสีมา  
 2 พ.ค. 2555  
 วันออกบัตร  
 2 Jul 2012 (พ.ช. 12/10/2555)  
 Date of Issue (สำนักงานอ.บางบัวทอง)

18 พ.ค. 2564  
 วันหมดอายุ  
 18 May 2021  
 9599-02-07021420



BORA-26-06

ประเทศไทย  
 THAILAND

คำกล่าวสุดท้าย  
 ไชยดิ้ง การี  
 นายไชยดิ้ง การี

ใบสำคัญรับเงิน

ที่รพ. สก ปลูกข้าว - อ.บาง - จ. นครราชสีมา

ข้าพเจ้า นาย สก ปลูกข้าว / วันที่ ๑๕ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑  
ระดับ ๖-๗๐ อยู่บ้านเลขที่ ๒๐๐/๓ หมู่ที่ ๑  
ตำบล ปลูกข้าว อำเภอ บาง จังหวัด นครราชสีมา  
ได้รับเงินจาก วิทยาลัยการศึกษาศึกษา การทอผ้า  
ลักษณะการต่อไป

| รายการ   | จำนวนเงิน |     |
|--|-----------|-----|
|  | บาท       | สต. |
| - ค่าอาหารกลางวัน<br>จำนวน ๑ มื้อๆ ละ ๕๐ บาท x ๓๐ คน | ๑๕๐๐      | -   |
| - ค่าอาหารว่าง ๑ มื้อๆ ละ ๒๐ บาท x ๓๐ คน             | ๑๕๐๐      | -   |
| รวม(บาท)   | ๓๐๐๐      | -   |

จำนวนเงิน

- เงินสามพันบาทถ้วน

จ่ายเงินแล้ว

นาย สก ปลูกข้าว  
๑๗ / ๗๐ / ๒๕๖๑

ลงชื่อ พืชพันธ์ / ผู้รับเงิน  
(นาย สก ปลูกข้าว ๖-๗๐)

ลงชื่อ สก ปลูกข้าว / ผู้จ่ายเงิน  
(นาย พืชพันธ์ ปลูกข้าว)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 3 9603 00248 68 3  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. พุชียะห์ สะมะแอ

Name Miss Fuseeyah

Last name Samaae

เกิดวันที่ 28 ม.ค. 2522

Date of Birth 28 Jan. 1979

ศาสนา อิสลาม

ศบย. 200/3 หมู่ที่ 8 ต.ปะลางสาแมะ

อ.บางเจาะ จ.นราธิวาส

21 มี.ย. 2556

วันออกบัตร

21 Jun. 2013

Date of Issue

(นายทะเบียนในพื้นที่)  
เจ้าพนักงานออกบัตร

27 มี.ค. 2566

วันบัตรหมดอายุ

27 Jan. 2022

Date of Expiry

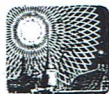


9903-02-06211044

สำเนาบัตร

พุชียะห์

เลขที่บัตร (BORA-16-01) พุชียะห์ สะมะแอ (น.ส.)



ประเทศไทย  
THAILAND

MO-0689968-27

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคลากรภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้ฝึกอบรม..... กรุงเทพมหานคร สำนักงาน ก.ค.ศ. กรุงเทพมหานคร  
 วันที่..... ๑๓ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๓ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์..... ๑๑๐ คน  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจากกรม..... กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์  
 ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

| ลำดับที่            | ชื่อ - สกุล            | ที่อยู่  | ค่าอาหาร (บาท) | ค่าเช่าที่พัก (บาท) | ค่าพาหนะ (บาท) | รวมเป็นเงิน (บาท) | วัน เดือน ปี ที่รับเงิน | ลายมือชื่อ       |
|---------------------|------------------------|----------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|-------------------------|------------------|
| ๑                   | นางสาว อรุณรัตน์ นามณี | ๑๐๙ ม. ๒ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | นางสาว อรุณรัตน์ |
| ๒                   | นางสาว อรุณรัตน์ นามณี | ๑๐๙ ม. ๒ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | นางสาว อรุณรัตน์ |
| ๓                   | นางสาว อรุณรัตน์ นามณี | ๑๐๙ ม. ๒ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | นางสาว อรุณรัตน์ |
| ๔                   | นางสาว อรุณรัตน์ นามณี | ๑๐๙ ม. ๒ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | นางสาว อรุณรัตน์ |
| ๕                   | นางสาว อรุณรัตน์ นามณี | ๑๐๙ ม. ๒ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | นางสาว อรุณรัตน์ |
| ๖                   | นางสาว อรุณรัตน์ นามณี | ๑๐๙ ม. ๒ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | นางสาว อรุณรัตน์ |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น |                        |          |                |                     |                | ๑๐๐๐              |                         |                  |

ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเงิน

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โครงการ/หลักสูตร.....**อุทยานสิรินทรวารี**.....**ช่าง**.....**คปอ**

วันที่.....**๒๕๖๖**.....เดือน.....**กันยายน**.....ปี.....**๒๕๖๖**

ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์.....**ได้รับเงินจากกรม.....**

ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล        | ที่อยู่    | ค่าอาหาร (บาท) | ค่าเช่าที่พัก (บาท) | ค่าพาหนะ (บาท) | รวมเป็นเงิน (บาท) | วัน เดือน ปี ที่รับเงิน | ลายมือชื่อ  |
|-------|--------------------|------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|-------------------------|-------------|
| ๕     | นางสาว วาปีพร ใจใส | ๘๕ อ. ๗    | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖            | วาปีพร ใจใส |
| ๑๐    | นางสาว วาปีพร ใจใส | ๑๕๑ อ. ๒   | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖            | วาปีพร ใจใส |
| ๑๑    | นางสาว วาปีพร ใจใส | ๑๑๑ อ. ๕   | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖            | วาปีพร ใจใส |
| ๑๒    | นางสาว วาปีพร ใจใส | ๒๗๖/๒ อ. ๘ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖            | วาปีพร ใจใส |
| ๑๓    | นางสาว วาปีพร ใจใส | ๑๒๘/๑ อ. ๕ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖            | วาปีพร ใจใส |
| ๑๔    | นางสาว วาปีพร ใจใส | ๑๓๕ อ. ๕   | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖            | วาปีพร ใจใส |
| ๑๕    | นางสาว วาปีพร ใจใส | ๕๖ อ. ๗    | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖            | วาปีพร ใจใส |
| ๑๖    | นางสาว วาปีพร ใจใส | ๑๒๘/๑ อ. ๕ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๖            | วาปีพร ใจใส |
| รวม   |                    |            |                |                     |                |                   |                         |             |

ลงชื่อ.....**วาปีพร ใจใส**.....ผู้จ่ายเงิน  
 (นาง วาปีพร ใจใส)  
 ตำแหน่ง.....**นางสาว วาปีพร ใจใส**.....

แบบฟอร์มบัญชีรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงเรียนเทศบาลสันติสุข.....โครงการ/หลักสูตร.....โครงการพัฒนาโรงเรียนเทศบาลสันติสุข.....  
 วันที่..... ๑๓ เดือน..... กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑..... จำนวนผู้รับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งสิ้น..... ๓๓๐ คน  
 ผู้รับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจากกรม.....โรงเรียนเทศบาลสันติสุข.....  
 วัตถุประสงค์.....

ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

| ลำดับที่            | ชื่อ - สกุล            | ที่อยู่              | ค่าอาหาร (บาท) | ค่าเช่าที่พัก (บาท) | ค่าพาหนะ (บาท) | รวมเป็นเงิน (บาท) | วัน เดือน ปี ที่รับเงิน | ลายมือชื่อ  |
|---------------------|------------------------|----------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|-------------------------|-------------|
| ๑๓                  | ร.ส. พงษ์พิทักษ์ สมใจ  | 188/1 ม.1 ต.         | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | พงษ์พิทักษ์ |
| ๑๔                  | ร.ส. อุตสาหกรรม เสงเร  | ๒๙๗/๒ ม.๑            | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | อุตสาหกรรม  |
| ๑๕                  | น.ส. นาทาชา ธีร์       | ๑๖/๒ ม.๑             | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | นาทาชา      |
| ๑๖                  | ร.ส. พงษ์พิทักษ์ สมใจ  | ๗๗/๑ ม.๕ ต. ปากสาธิต | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | พงษ์พิทักษ์ |
| ๑๗                  | ร.ส. โอบนิธิ วัฒนธรรมา | ๒๗/๑ ม.๕ ต. ปากสาธิต | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | โอบนิธิ     |
| ๑๘                  | น.ส. อารีญา - ออชญา    | ๒๓๒/๒ ม.๒            | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๗ ก.ย. ๒๕๖๑            | อารีญา      |
| ๑๙                  | น.ส. อารีญา ออชญา      | ๑๓๒ ม.๕              | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | อารีญา      |
| ๒๐                  | นาง อารดาณี สวัสดิ์    | ๑๔๐ ม.๕              | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | อารดาณี     |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น |                        |                      |                |                     |                |                   |                         |             |

ผู้จ่ายเงิน.....  
 (นาง อารีญา - ออชญา)  
 ตำแหน่ง.....

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม: โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลบ้านดง .....  
 วันที่: ๑๓ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ .....  
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจากกรม: โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลบ้านดง .....  
 ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

โครงการ/หลักสูตร: โครงการ/หลักสูตร การเขียนตัวอักษร .....  
 จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์: ๓๐ คน

| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุล              | ที่อยู่   | ค่าอาหาร (บาท) | ค่าเช่าที่พัก (บาท) | ค่าพาหนะ (บาท) | รวมเป็นเงิน (บาท) | วัน เดือน ปี ที่รับเงิน | ลายมือชื่อ |
|----------|--------------------------|-----------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|-------------------------|------------|
| ๑        | นางสาวอรุณรัตน์ อนุพันธ์ | ๑๖๗ ๒.๘   | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | อรุณรัตน์  |
| ๒        | นางสาวอรุณรัตน์ อนุพันธ์ | ๑๖ ๒.๒    | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | อรุณรัตน์  |
| ๓        | นางสาวอรุณรัตน์ อนุพันธ์ | ๒๑๒/๑ ๒.๒ | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | อรุณรัตน์  |
| ๔        | นางสาวอรุณรัตน์ อนุพันธ์ | ๑๕ ๒.๒    | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | อรุณรัตน์  |
| ๕        | นางสาวอรุณรัตน์ อนุพันธ์ | ๑๖ ๒.๑๑   | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | อรุณรัตน์  |
| ๖        | นางสาวอรุณรัตน์ อนุพันธ์ | ๑๖ ๒.๑๑   | -              | -                   | ๑๐๐            | ๑๐๐               | ๑๓ ก.ย. ๒๕๖๑            | อรุณรัตน์  |
| รวม      |                          |           |                |                     | ๖๐๐            | ๖๐๐               |                         |            |

ลงชื่อ: อรุณรัตน์ ผู้จ่ายเงิน  
 (นางสาวอรุณรัตน์ อนุพันธ์)  
 ตำแหน่ง: นางสาวอรุณรัตน์ อนุพันธ์

# ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม...รพ.สต.ปะลักษ์สามเกาะ...อ.นาเจาะ...จ.นราธิวาส  
โครงการ/หลักสูตร...โครงการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ ปี ๒๕๖๑

วันที่...๑๓...เดือน...กันยายน...พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า...นางชารีสะ...เจริญมาศ...อยู่บ้านเลขที่...๓๐๐/๑...หมู่ที่...๑...ตำบล...ปะลักษ์สามเกาะ  
อำเภอ...นาเจาะ...จังหวัด...นราธิวาส...ได้รับเงินจาก...โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะลักษ์สามเกาะ  
กระทรวง...สาธารณสุข...ดังรายการต่อไปนี้

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

จำนวนเงิน  
(ตัวอักษร)

-เงินเก้าร้อยบาทถ้วน-

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(...นางชารีสะ...เจริญมาศ...)

ข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายเงินไปแล้ว  
เป็นค่าสมนาคุณวิทยากร  
ไปก่อนแล้ว เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(...นางชารีม๊ะ...ปูเต๊ะ...)

(...นางชารีม๊ะ...ปูเต๊ะ...)

ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ




**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 9602 00105 91 1  
 Identification Number

ชื่อและนามสกุล **นาง ซารีเยะ เจริญมาศ**  
 Name Mrs. Sareeha  
 Last name Charoenmart

เกิดวันที่ 6 ก.ย. 2504  
 Date of Birth 6 Sep. 1961

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 300/1 หมู่ที่ 1 ต.ประดุกาสาณะ  
 อ.บางเจาะ จ.นราธิวาส  
 28 ส.ค. 2558  
 วันออกบัตร 28 Aug. 2015  
 Date of Issue


 5 ก.ย. 2566  
 วันบัตรหมดอายุ 5 Sep. 2023  
 Date of Expiry

9602-03-00281132



*นางสาว นพ ทวีทอง*

*เจ้าอาวาส มช*  
*นางสาว นพ*  
*นางสาว นพ*

ใบสำคัญรับเงิน

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

วันที่...๑๓...เดือน...กันยายน...พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า...นายไชนูตติง...การี...อยู่บ้านเลขที่...๗/๑...หมู่ที่...๕...ตำบล...ปะลิวาสาเมาะ  
 อำเภอ...บาเจาะ...จังหวัด...นราธิวาส...ได้รับเงินจาก...โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะลิวาสาเมาะ  
 กระทรวง...สาธารณสุข...ดังรายการต่อไปนี้

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

จำนวนเงิน  
(ตัวอักษร)

-เงินเก้าร้อยบาทถ้วน-

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(...นายไชนูตติง...การี...)

ข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายเงินไปแล้ว  
 เป็นค่าสมนาคุณวิทยากร  
 ไปก่อนแล้ว เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(...นางซารีม๊ะ...ปูเต๊ะ...)

*(Signature)*

(...นางซารีม๊ะ...ปูเต๊ะ...)

ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9603 00066 95 3  
 ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ไชยุดิ๊ง การี  
 Name Mr. Sainuding  
 Last name Karee  
 เกิดวันที่ 19 พ.ค. 2534  
 Date of Birth: 19 May 1991  
 ศาสนา อิสลาม  
 ที่อยู่ 7/1 หมู่ที่ 5 ต.ปะลูกาสาเมาะ  
 อ.ปะเจาะ จ.นราธิวาส  
 2 พ.ค. 2555  
 วันออกบัตร 2 Jul. 2012  
 (นายสุกิจ เจริญสมบูรณ์)  
 18 พ.ค. 2564  
 วันบัตรหมดอายุ 19 May 2021  
 9599-02-07021420

เจ้าชายชุกทัช  
 ไชยุดิ๊ง การี  
 (นายไชยุดิ๊ง การี)

นายสุกิจ เจริญสมบูรณ์

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<br>ตามโครงการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ ปี ๒๕๖๑... |           |     |
|  |           |     |
|  |           |     |
|  |           |     |
|  |           |     |
| รวม(บาท)   | ๓,๐๐๐     | ๐๐  |

จำนวนเงิน  
(ตัวอักษร)

-เงินสามพันบาทถ้วน-

ลงชื่อ.....*มะรอซี*.....ผู้รับเงิน  
(*นาย มะรอซี มีขอ*)

ลงชื่อ.....*สมิยะ*.....ผู้จ่ายเงิน  
(นางซารีม๊ะ ปูเต๊ะ)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9603 00180 73 6

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย มะร่อซี่ มีซ้อ  
 Name Mr. Marosee

Last name Meeso

เกิดวันที่ 10 เม.ย. 2515  
 Date of Birth 10 Apr. 1972

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 31 หมู่ที่ 1 ต.ปะลุกาสาเมาะ

อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส

21 เม.ย. 2566

วันออกบัตร 21 Jun. 2013

Date of Issue

(นายชวน สัตถ์แทนพ)

เจ้าพนักงานออกบัตร

9 เม.ย. 2565

วันบัตรหมดอายุ 9 Apr. 2022

Date of Expiry



9603-02-06211047

BORA-16-01



ประเทศไทย  
 THAILAND

JTO-0689968-28

เจ้าพนักงานออกบัตร  
 นายชวน สัตถ์แทนพ  
 (นายชวน สัตถ์แทนพ มีซ้อ)