สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 24 ส.ค. 2563 เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนพุทธกิจจารักษ์ อยู่บ้านเลขที่.....
ตำบล คะทิงพระ อำเภอ สทิงพระ จังหวัด สงขลา
ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสทิงพระ สำนักงานเทศบาลตำบลสทิงพระ อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
เงินอุดหนุนโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังชุมชนพุทธกิจจารักษ์	11,890	-
	11,890	-

จำนวนเงิน (-หนึ่งหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยเก้าสิบบาทถ้วน-)
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน
(นาง .....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน
(นาง .....)

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นางวนิดา พันธุเวทย์)