

ใบสำคัญรับเงิน

11 มี.ค. 2563

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพตำบลท่าเรือ ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ หมู่ที่ 4 ตำบลท่าเรือ อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล รายการดังต่อไปนี้

| รายการ | จำนวนเงิน | |
|--|-----------|---|
| - ค่าโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กชายเพื่อสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563 เป็นเงิน | 28,240 | - |
| จำนวนเงิน (เงินสองหมื่นแปดพันสองร้อยสี่สิบบาทถ้วน) | 28,240 | - |

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(นายมุฮัมมัดอาหลี มาลียัน)

จ่ายแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(นายปรมินทร์ พิชัยยุทธ)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(..นางสาวอามิณา กรมเมือง..)
ผู้อำนวยการกองคลัง