

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่..... เดือน 14 ก.ค. 2563 พ.ศ.

ข้าพเจ้า ศูนย์บริการคนพิการตำบลท่าเรือ ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ หมู่ที่ 4 ตำบลท่าเรือ อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล รายการดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการ เป็นเงิน	6,450 -
จำนวนเงิน (เงินหกพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน)	6,450 -

(ลงชื่อ) ลลิตา เตาวะโต ผู้รับเงิน
(นางสาวลลิตา เตาวะโต)

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้รับเงิน
(นางสาวชิตีมาเรียม เตาวะโต)

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้จ่ายเงิน
(..นางสาวอามินา กรมเมือง..)
ผู้อำนวยการกองคลัง

จ่ายแล้ว
Am