เลขที่ .....11../...2563...

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ อบต.บาโลย

วันที่.....13.....เดือน ....กรกฎาคม..... พ.ศ. 2563......

ข้าพเจ้า.....นายมะลายี ยาสิง.......(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาโลย) 17/1 หมู่ที่ 2 ตำบลดอน อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ องค์การบริหารส่วนตำบลบาโลย ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ได้รับเงินโครงการอนามัยแม่และเด็กลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	10,800.-	
รวมเงิน	10,800.-	

(ตัวอักษร).........เงินหนึ่งหมื่นแปดร้อยบาทถ้วน...........

ลงชื่อ..ผู้รับเงิน
(นายมะลายี ยาสิง)
ผอ.รพ.สต.บาโลย

ลงชื่อ..ผู้รับเงิน
(นางนิจฐิมา เบ็ญนา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..ผู้รับเงิน
(นางสาวดารียะห์ เวาะปู)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ลงชื่อ..ผู้จ่ายเงิน
(นางสุนิสา แวยูนุ)
นักวิชาการเงินและบัญชี