

เล่มที่...1/2564.....

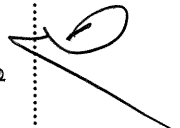
เลขที่...02.....

ใบเสร็จรับเงิน

วันที่...19... เดือน...มีนาคม...พ.ศ...2564.....

ทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบอน...ตำบล.ท่าบอน...อำเภอ...ระโนด...จังหวัด...สงขลา...
...ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.ท่าบอน (อนุบาล 3 ขวบ).....ที่อยู่.....หมู่ที่ 9.....ตำบล.ท่าบอน.....
จังหวัด...สงขลา..... ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
โครงการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัย		
	เป็นเงิน	1,200 00
งพันสองร้อยบาทถ้วน)	1,200	00

ลงชื่อ.......... ผู้รับเงิน

(.....นางสาวตรีณี.....แก้วจินดา.....)

อนุกรรมการงานการเงินฯ