เลขที่ ....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ เดือน พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๒

ข้าพเจ้า นางสมศรี คงมา อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ๓ ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัยสน ที่อยู่ ๘๑๕ หมู่ที่ ๓ ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าสนับสนุนโครงการส่งเสริมการใช้สมุนไพรลดโรคเบาหวานและความดัน ม.๓	๑๐,๐๐๐	-
	๑๐,๐๐๐	-

จำนวนเงิน............ ๑๐,๐๐๐..................บาท

(หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

ลงชื่อ...ผู้รับเงิน

(นางสมศรี คงมา)

ลงชื่อ...ผู้รับเงิน

( )

ลงชื่อ พ.จ.อ.หญิง..ผู้จ่ายเงิน

(จอมขวัญ แนบเนียด)