สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ..... เดือน 24 ส.ค. 2563 พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนสาธุประดิษฐ์ อยู่บ้านเลขที่.....

ตำบล ระทิงพระ อำเภอ สทิงพระ จังหวัด สงขลา

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสทิงพระ สำนักงานเทศบาลตำบลสทิงพระ อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
เงินอุดหนุนโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังชุมชนสาธุประดิษฐ์	12,160 -
	12,160 -

จำนวนเงิน (-หนึ่งหมื่นสองพันหนึ่งร้อยหกสิบบาทถ้วน-)

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน

(นางปทิตตา ชูชาย)

ลงชื่อ นาย กวิล สังขพันธุ์ ผู้รับเงิน

(นาย กวิล สังขพันธุ์)

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน

(นางวนิดา พันธุเวทย์)