



หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ : บอเบิกเงินค่าโครงการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อจ่ายให้แก่ กลุ่มแกนนำรักสุขภาพตำบลท่าเรือ เป็นเงิน 24,650 บาท (สองหมื่นสี่พันหกร้อยห้าสิบบาทถ้วน)