แบบใบสำคัญรับเงิน

ที่.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....

วันที่.....๗.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ...๒๕๖๔.....

ข้าพเจ้า.....นางรัศมี....อาลี.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๒.....หมู่ที่.....๓.....ตำบล.....ยาบี.....
อำเภอ.....หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี.....

ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....อำเภอหนองจิก.....จังหวัดปัตตานี ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	ส.ต.
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๕๐๐	-
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๕๐๐	-
	๑,๐๐๐	-

จำนวนเงิน หนึ่งพันบาทถ้วน

ลงชื่อ.....รัศมี อาลี.....ผู้รับเงิน
(นางรัศมี อาลี)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวปราณี...สาแล๊ะมะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบใบสำคัญรับเงิน

ที่.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....

วันที่.....๘.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ...๒๕๖๔.....

ข้าพเจ้า.....นางรัศมี....อาลี.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๒.....หมู่ที่.....๓.....ตำบล.....ยาบี.....
อำเภอ.....หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี.....
ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....อำเภอหนองจิก.....จังหวัดปัตตานี ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	ส.ต.
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๕๐๐	-
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๕๐๐	-
	๑,๐๐๐	-

จำนวนเงิน หนึ่งพันบาทถ้วน

ลงชื่อ.....รัศมี อาลี.....ผู้รับเงิน
(นางรัศมี อาลี)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวปราณี...สาแล๊ะมะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบใบสำคัญรับเงิน

ที่.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....

วันที่.....๙.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ...๒๕๖๔.....

ข้าพเจ้า.....นางรัศมี....อาลี.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๒.....หมู่ที่.....๓.....ตำบล.....ยาบี.....
อำเภอ.....หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี.....

ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....อำเภอหนองจิก.....จังหวัดปัตตานี ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	ส.ต.
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๕๐๐	-
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๕๐๐	-
	๑,๐๐๐	-

จำนวนเงิน หนึ่งพันบาทถ้วน

ลงชื่อ.....รัศมี อาลี.....ผู้รับเงิน
(นางรัศมี อาลี)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวปราณี...สาแล๊ะมะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบใบสำคัญรับเงิน

ที่.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....

วันที่.....๑๐.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ...๒๕๖๔....

ข้าพเจ้า.....นางรัศมี....อาลี.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๒.....หมู่ที่.....๓.....ตำบล.....ยาบี.....

อำเภอ.....หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี.....

ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....อำเภอหนองจิก.....จังหวัดปัตตานี ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	ส.ต.
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๕๐๐	-
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๕๐๐	-
	๑,๐๐๐	-

จำนวนเงิน **หนึ่งพันบาทถ้วน**

ลงชื่อ.....รัศมี อาลี.....ผู้รับเงิน

(นางรัศมี อาลี)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวปราณี...สาแล๊ะมะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบใบสำคัญรับเงิน

ที่.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....

วันที่.....๑๑.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ...๒๕๖๔....

ข้าพเจ้า.....นางรัศมี....อาลี.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๒.....หมู่ที่.....๓.....ตำบล.....ยาบี.....
อำเภอ.....หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี.....
ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....อำเภอหนองจิก.....จังหวัดปัตตานี ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	ส.ต.
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๕๐๐	-
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๕๐๐	-
	๑,๐๐๐	-

จำนวนเงิน **หนึ่งพันบาทถ้วน**

ลงชื่อ.....รัศมี อาลี.....ผู้รับเงิน
(นางรัศมี อาลี)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวปราณี...สาแล๊ะมะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบใบสำคัญรับเงิน

ที่.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....

วันที่.....๑๒.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ...๒๕๖๔....

ข้าพเจ้า.....นางรัศมี....อาลี.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๒.....หมู่ที่.....๓.....ตำบล.....ยาบี.....

อำเภอ.....หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี.....

ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....อำเภอหนองจิก.....จังหวัดปัตตานี ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	ส.ต.
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๕๐๐	-
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๑๐ คน อัตรามื้อละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๕๐๐	-
	๑,๐๐๐	-

จำนวนเงิน หนึ่งพันบาทถ้วน

ลงชื่อ.....รัศมี อาลี.....ผู้รับเงิน

(นางรัศมี อาลี)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวปราณี...สาแล๊ะมะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

GooD DesigN

Tel. 089-8780661

ทะเบียนเลขที่ 5940300022045

ที่อยู่ 130/3 ม.2 ต.ตุยง อ.หนองจิก จ.ปัตตานี 94170

บิลเงินสด
CASH SALES

เล่มที่ BOOK NO. 033

เลขที่ BILL NO. 019

วันที่ DATE : 14 / พ.ค. / 64

นามลูกค้า CUSTOMER: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตุยง

เลขประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร :

ที่อยู่ ADDRESS: 42 ม.2 ต.ตุยง อ.หนองจิก จ.ปัตตานี

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT บาท/Baht	ส.ต./Stg.
1	- ตู้ไอน้ำโรงเกรด ขนาด 1.2x3 เมตร	900	900	-

เก้าร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน TOTAL	900 -

ผู้รับเงิน RECEIVED BY : ..... ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ

Elephant Brand