



























# แบบใบสำคัญรับเงิน


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

ข้าพเจ้า .....นางสาวแมรี...แหวฮามะ.....อยู่บ้านเลขที่.....๙๔/๕๓.....หมู่ที่.....-.....  
ถนน.....โรงอ่าง.....ตำบล.....สะบารัง.....อำเภอ.....เมือง.....จังหวัด.....ปัตตานี.....  
ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาปี.....อำเภอ.....หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนให้กับทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต.พ่นหมอกควันในวันหยุดราชการ จำนวน ๑ คน อัตราคนละ ๓๐๐ บาท ต่อครั้ง จำนวน ๒ ครั้ง เป็นเงิน	๖๐๐	-
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๖๐๐	

จำนวนเงิน (เงินทกร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน  
(นางสาวแมรี แหวฮามะ)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวปราณี สาและมะ)  
ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....


# แบบใบสำคัญรับเงิน


ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี  
วันที่ ๘ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้าพเจ้า .....นางสาวปาอีชะห์ กาโฮง.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๐๔/๑.....หมู่ที่.....๗.....  
ตำบล.....ประจัน.....อำเภอ.....ยะรัง.....จังหวัด.....ปัตตานี.....  
ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....อำเภอ.....หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี..... ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนให้กับทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต.พันทมอกควันในวันหยุดราชการ จำนวน ๑ คน อัตราคนละ ๓๐๐ บาท ต่อครั้ง จำนวน ๒ ครั้ง เป็นเงิน	๖๐๐	-
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๖๐๐	

จำนวนเงิน (เงินทร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน  
(นางสาวปาอีชะห์ กาโฮง)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวปราณี สาละมะ)  
ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

# แบบใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี

วันที่ ๑๔ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้าพเจ้า .....นางสาวการีมา...หะยีสะมะแอ.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๐๘.....หมู่ที่.....๕.....  
 ถนน.....ตำบล.....ยาบี.....อำเภอ.....หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี.....  
 ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบี.....อำเภอ.....หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนให้กับทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต.พ่นหมอกควันในวันหยุดราชการ จำนวน ๑ คน อัตราคนละ ๓๐๐ บาท ต่อครั้ง จำนวน ๒ ครั้ง เป็นเงิน	๖๐๐	-
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๖๐๐	

จำนวนเงิน (เงินทร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....*การีมา หะยีสะมาแอ*.....ผู้รับเงิน  
 (นางสาวการีมา หะยีสะมะแอ)

(ลงชื่อ).....*ปราณี สาละมะ*.....ผู้จ่ายเงิน  
 (นางสาวปราณี สาละมะ)

ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

เล่มที่ 159



№ 7950

ใบกำกับภาษี/ใบส่งของ/บิลเงินเชื่อ  
บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) สาขา 1

23/56 ถ.หนองจิก ต.สะบารัง อ.เมือง จ.ปัตตานี  
โทร. 073-349200, 333434 FAX : 073-331204  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0 10548400013 0

ชื่อผู้ซื้อ..... รพ. สก. ยาม ..... วันที่..... 5 / 1 / พ.ค. / 2564

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....

ที่อยู่..... อ. นนทบุรี ..... ก. รัตนา

ได้รับส่งของตามรายการข้างล่างนี้ไว้โดยสภาพเรียบร้อยและถูกต้องแล้ว อัตราร้อยละ 7

จำนวน	รายการ	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน (รวมภาษี)
83.66	ลิตร น้ำมันแก๊สโซฮอล์ 95	28.69	2400 -
	ลิตร น้ำมันแก๊สโซฮอล์ E20		
961.08	ลิตร น้ำมันดีเซล B7	29.03	27900 -
	ลิตร น้ำมันดีเซล		

รวมราคาทั้งสิ้น 28317.76

จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 1982.24

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น 30300 -

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น สามหมื่นสามพันสามร้อย

ผู้รับสินค้า.....

ผู้ขาย.....



