

## ใบสำคัญรับเงิน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง

วันที่ ๘ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า นางสาวสาทิพย์ เบ็ญโชติ บ้านเลขที่ ๗๗/๒ หมู่ที่ ๒ ตำบลกระโด

อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ได้รับเงินจาก รพ.สต.คลองตันหยง (งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล)

รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
	บาท	สตางค์	
โครงการ ๓ เก็บ ๓ โรคป้องกันโรคจากยุงปี ๒๕๖๕			
๑) จัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการป้องกันโรคที่มียุงเป็นพาหะในกลุ่มผู้นำชุมชนผู้นำศาสนา			
วันที่ ๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕			
ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง			
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ เป็นเงิน	๑,๒๕๐	๐๐	
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ เป็นเงิน	๑,๒๕๐	๐๐	
วันที่ ๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕			
ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง			
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ เป็นเงิน	๑,๒๕๐	๐๐	
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ เป็นเงิน	๑,๒๕๐	๐๐	
รวม (ห้าพันบาทถ้วน)	๕,๐๐๐	๐๐	

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางสาวสาทิพย์ เบ็ญโชติ)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวสิตีไอเสาะ สล่ำบ่อ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

## ใบสำคัญรับเงิน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง

วันที่ ๔ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า นางสาวสาทิหิยะ เบ็ญไซดี บ้านเลขที่ ๗๗/๒ หมู่ที่ ๒ ตำบลกระโด

อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ได้รับเงินจาก รพ.สต.คลองตันหยง (งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล)

รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
	บาท	สตางค์	
โครงการ ๓ เก็บ ๓ โรคป้องกันโรคจากยุงปี ๒๕๖๕ ๑) จัดกิจกรรมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามผลการดำเนินงาน วันที่ ๓๐ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง - ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ เป็นเงิน ๑,๒๕๐ ๐๐ - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ เป็นเงิน ๑,๒๕๐ ๐๐	๑,๒๕๐	๐๐	
วันที่ ๓๑ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง - ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ เป็นเงิน ๑,๒๕๐ ๐๐ - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ เป็นเงิน ๑,๒๕๐ ๐๐	๑,๒๕๐	๐๐	
รวม (ห้าพันบาทถ้วน)	๕,๐๐๐	๐๐	

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นางสาวสาทิหิยะ เบ็ญไซดี)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวสีตีไอลေး สลับ่อ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

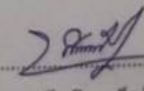
ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตันหยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๕-พ.ค.-๖๕	-ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๑,๒๕๐	
	-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๑,๒๕๐	
๖-พ.ค.-๖๕	-ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๑,๒๕๐	
	-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๑,๒๕๐	
๓๐-พ.ค.-๖๕	-ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๑,๒๕๐	
	-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๑,๒๕๐	
๓๑-พ.ค.-๖๕	-ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๑,๒๕๐	
	-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๕ คน อัตราคนละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๑,๒๕๐	
		๑๐,๐๐๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....หนึ่งหมื่นบาทถ้วน.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวซากิหิยะ เบ็ญไซตี.....ตำแหน่ง.....เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน.....

กอง/ฝ่าย กลุ่มงานส่งเสริมและป้องกันโรค ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้และ  
ข้าพเจ้าได้จ่ายไปในนามของราชการโดยแท้

(ลงชื่อ).....

(นางสาวซากิหิยะ เบ็ญไซตี)

วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

