

# ใบสำคัญรับเงิน

## สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม..... กองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลชุมพลวิทยาสงขลา

โครงการ/หลักสูตร..... โครงการส่งเสริมสุขภาพ ทดสอบผลตอบรับโครงการรณรงค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....


ข้าพเจ้า..... นามปาก..... สิริวิสุทธิ์..... อยู่บ้านเลขที่..... ๓๕


ตำบล/แขวง..... นน..... อำเภอ/เขต..... อานน..... จังหวัด..... สงขลา

ได้รับเงินจาก..... กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชุมพลวิทยาสงขลา..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าวิทยากร จำนวน ๓ ชั่วโมง ๖๐๐ บาท เป็นเงินสด	2,400 -
บาท	2,400 -

จำนวนเงิน..... สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..... ..... ผู้รับเงิน  
( นามปาก สิริวิสุทธิ์ )

(ลงชื่อ)..... ..... ผู้จ่ายเงิน  
( นาง ดลใจ โพธิ์ทอง )