

ใบสำคัญรับเงิน

ค่าตอบแทนในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการติดตามโครงการเพิ่มศักยภาพผู้ดูแล
ผู้สูงอายุและคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๕

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ชื่อผู้สูงอายุ/ พิการ	จำนวนครั้งที่ลง เยี่ยม/สัปดาห์	ค่าตอบแทน (บาท)	รวม (บาท)	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	ว/ด/ปี ที่รับเงิน
๑	ท.เกตุมาลา	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๒	ท.เกตุมาลา	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๓	ท.เกตุมาลา	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๔	ท.เกตุมาลา	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๕	ท.เกตุมาลา	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๖	นางสาว...	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๗	นางสาว...	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๘	น.ส. มิตตภรณ์	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๙	นางสาว...	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๑๐	นางสาว...	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๑๑	นางสาว...	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๑๒	นางสาว...	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๑๓	นางสาว...	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๑๔	นางสาว...	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
๑๕	นางสาว...	นางสาว...	3	300		[Signature]	8 ก.ค. 65
					4500		

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร)

สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางอรุณ สวัสดิ์)

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นได้ปฏิบัติงานจริง

ตำแหน่ง.....