

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกโดนด อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๒๕ ก.ค.๖๕	-ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๒๗ คน อัตรามื้อละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ	๑,๓๕๐	
	-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒๗ คน อัตรามื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๑,๓๕๐	
		๒,๗๐๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....สองพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวนาซีฮัส โตะลู.....ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....
 กอง/ฝ่าย.....เวชปฏิบัติครอบครัว.....ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้และข้าพเจ้า
 ได้จ่ายไปในนามของราชการโดยแท้

(ลงชื่อ).....นาซีฮัส.....

(นางสาวนาซีฮัส โตะลู)

วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕