

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกโดนต อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๘ ก.ค.๖๕	-ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๕๕ คน อัตรามื้อละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๕๕ คน อัตรามื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๒,๗๕๐ ๒,๗๕๐	
		๕,๕๐๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน.....

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

(ลงชื่อ).....**นาซีฮัย**.....

(นางสาวนาซีฮัย โตะลู)

วันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕