

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกโดนด อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๒๕ ก.ค.๖๕	-ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๕๐ คน อัตรามื้อละ ๕๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๕๐ คน อัตรามื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ มื้อ	๒,๕๐๐ ๒,๕๐๐	
		๕,๐๐๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....ห้าพันบาทถ้วน.....

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

(ลงชื่อ).....*นาซีฮัย*.....

(นางสาวนาซีฮัย โต๊ะลู)

วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕