

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกโดนต อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๒๕ ส.ค.๖๕	-ค่าพาหนะสำหรับการติดตาม จำนวน ๒๗ คน อัตราคนละ ๕๐ บาท	๑,๓๕๐	
		๑,๓๕๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....หนึ่งพันสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....

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

(ลงชื่อ).....นางสาวนาซีฮัย.....

(นางสาวนาซีฮัย โตะลู)

วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕