

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนราชการ.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสิเกา.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕	ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมราชการเรื่อง โครงการลดเสียง ลดโรคเรื้อรัง ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป		
	วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕		
	เวลา ๐๙.๐๐ -๑๕.๓๐ น.		
	ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสิเกา		
	ผู้จำหน่ายนางซูในดา อาแวมะ บ้านเลขที่ ๙๓/๓ หมู่ที่ ๔ บ้านบาลูกา ตำบลสิเกา		
	๑. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน.....๗๐.....คน		
	จำนวน.....๒.....มือ มือละ.....๒๕.....บาท รวมเป็นเงิน	๓,๕๐๐.๐๐	
	๑.๑ ค่าเครื่องดื่ม.....๑๐.....บาท		
	๑.๒ ค่าอาหารว่าง.....๑๕.....บาท		
	๒. ค่าอาหาร		
	๒.๑ ค่าอาหารกลางวัน จำนวน๗๐.....คน		
	จำนวน.....๑.....มือ มือละ.....๕๐.....บาท รวมเป็นเงิน	๓,๕๐๐.๐๐	
	๒.๒ ค่าอาหารเย็น จำนวน.....-.....คน		
	จำนวน.....-.....มือ มือละ.....-.....บาท รวมเป็นเงิน		
	รวมทั้งสิ้น	๗,๐๐๐.๐๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....เจ็ดพันบาทถ้วน.....

ข้าพเจ้า.....นางฟารีฮัน อาแวมะ.....ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....

สังกัด.....สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุโขทัย.....ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียก
ใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

(ลงชื่อ).....

(นางฟารีฮัน อาแวมะ)

สำเนาถูกต้อง

วันที่ ๒๖ เดือนกรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๕

(นางกาญจนา คอรอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสิเกา



รพ. สด. รังสิต

วีรภัทรเครื่องเขียน

284 ถนนจารุเสถียร อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 1900200054058

ใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่ 289 เลขที่ 05

นาม อ. พงษ์เทพ รังสิต วันที่ 21-7-65

ที่อยู่.....

จำนวน	รายการ	@	จำนวนเงิน
1 ชิ้น	สมุดบันทึกเล่มเล็ก 76/7		2100 -
	จ่ายเงินแล้ว		
	<i>รพ</i>		
= สองพันหนึ่งร้อยยี่สิบบาทถ้วน		รวมเงิน	2100 -

ลงชื่อ วีรภัทร ผู้รับเงิน

อำนาจเอกศักดิ์ :

(นางกาญจนา คอรอเอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่

วีรภัทรเครื่องเขียน

284 ถนนอารุเสถียร อำเภอสุไหงปาตี จังหวัดนราธิวาส
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 1900200054058

ใบส่งของ

เล่มที่ 76 เลขที่ 07

นาม อ.พ.ล.ท. วิไล

วันที่ 12-7-65

ที่อยู่

จำนวน	รายการ	@	จำนวนเงิน
70ใบ	กระดาษทราย	10-	700 -
70ตัว	ปากกาคอมพิวเตอร์	5-	350 -
70ชิ้น	หมึกสำหรับพิมพ์	15-	1050 -
ลงชื่อ <u>วิไล</u> ผู้ตรวจรับพัสดุ (นายวิไล วิไล)			
รวมเงิน			2100 -

ลงชื่อ วิไล ผู้รับของ

ลงชื่อ วิไล ผู้ส่งของ

ถ้าหากถูกต้อง

(นางกาญจนา ทอรอง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิไล



รพ. ต.ร. สิเกา

ใบเสร็จรับเงิน

ตัดใบกำกับภาษี ค่าบริการ 6% ของใบเสร็จรับเงิน
20 66/65

PATTANI MEDICAL

ปัตตานี เมดิคอล

69/5 ม.7 ตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี 94000

ทะเบียนเลขที่ 1969900155033

คำขอที่ 9402258000051

เลขที่ 6506627

วันที่ 25-07-2565

นามผู้ซื้อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสิเกา

ที่อยู่ ต.สิเกา อ.สุไหงปาดี จ.นราธิวาส

ลำดับ	รายละเอียดสินค้า (Description)	จำนวน (QTY)	ราคาต่อหน่วย (Unit Price)	ราคารวม (Amount)
1	เครื่องวัดความดันโลหิต	35 เครื่อง	2,000.00	70,000.00
1. ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว 2. โปรดส่งจ่ายเช็คในนาม ปัตตานี เมดิคอล 3. สินค้าที่ขายขาดไม่รับคืน				ราคาสินค้ารวม 70,000.00 (เจ็ดหมื่นบาทถ้วน)
ชำระโดยเช็คเลขที่ 46546830 วันที่เช็ค 25-7-2565 ธนาคาร ๕๐๕. เงินสด วันที่...../...../.....		ผู้รับเงิน/รับเช็ค ฝ๒๕๖๖ ในนาม ปัตตานี เมดิคอล นายฝ๒๕๖๖ ๐๒๖๓๕๐ ลายมือชื่อผู้ได้รับอำนาจ		

จ่ายเงินแล้ว
ฝ๒๕

ถ้าเนาถูกต้อง

(นางกาญจนา ดอระเซง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสิเกา