



ใบสำคัญรับเงิน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังพญา  
อำเภอรามัน จังหวัดยะลา

วันที่ 21 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า นางสาวหิมาะ สาม๊ะ๊ะ ที่อยู่ 35 หมู่ 3 ตำบลวังพญา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ได้รับเงิน  
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังพญา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา กระทรวงสาธารณสุข มีรายการ  
ต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง และเครื่องดื่มในการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้โครงการ การส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ประจำปี 2565 “รุ่นที่1 วันที่18-19 สิงหาคม 2565 และรุ่นที่2 วันที่ 20-21 สิงหาคม 2565 ณ.ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลวังพญา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา		
-ค่าอาหารกลางวัน 100 คนx50บาทx1มื้อx2วัน	10,000	-
-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 100x25บาทx4มื้อx2วันนางสาวนุรีดา สมะมะแอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	10,000	-
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	20,000	-

จำนวนเงิน(ตัวอักษร) เงินสองหมื่นบาทถ้วน

(ลงชื่อ).....*หิมาะ*.....ผู้รับเงิน  
(นางสาวหิมาะ สาม๊ะ๊ะ)

(ลงชื่อ).....*นุรีดา*.....ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวนุรีดา สมะมะแอ)  
เจ้าหน้าที่การเงิน



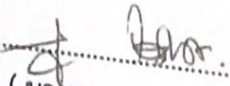
**ใบสำคัญรับเงิน  
สำหรับวิทยากร**


ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังพญา.....  
โครงการ/หลักสูตร.....โครงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก.....ปี 2565

วันที่.....20.....เดือน กรกฎาคม.....พ.ศ. 2565  
ข้าพเจ้า.....นางรุสนา.....เจตานุวัฒน์.....อยู่บ้านเลขที่ 29/16.....ซอยแนวระวางผาสก.....ถ.สิโรรส.....  
ตำบล.....สะเตง.....อำเภอ.....เมือง.....จังหวัด.....ยะลา.....  
ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังพญา.....ตั้งรายการดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ค่าสมมนาคุณวิทยากร ในวันที่ 18, 20 เดือนกรกฎาคม 2565 ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังพญา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา จำนวน 2 วันๆละ 6 ชั่วโมง ๆ ละ 300 บาท  นางสาวนุรีดา สมะมะแอ เป็นเงิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	3,600	-
<b>รวมเงิน</b>	<b>3,600</b>	<b>-</b>

(ตัวอักษร) จำนวนเงิน (.....สามพันหกร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน  
(นางรุสนา เจตานุวัฒน์)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวนุรีดา สมะมะแอ)  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
เจ้าหน้าที่การเงิน