

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายสุทธิพงษ์ สุขขัง ตำบล คอหงส์ อำเภอ หาดใหญ่
จังหวัด สงขลา

ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลบ้านน้อย ตำบล บ้านน้อย
อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัด สงขลา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ได้รับเงินค่าใช้จ่ายตามโครงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลบ้านน้อย ประจำปี ๒๕๖๖ เชื่คเลขที่ ๔๕๓๒๔๖๕๐	๗,๗๘๐.- ๐๐

จำนวนเงิน เจ็ดพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาท ถ้วน
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(นายสุทธิพงษ์ สุขขัง)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสินารมณ จิตรภักดี)

ใบสำคัญรับเงิน
(สำหรับวิทยากร)


ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลน่าน้อย
โครงการ บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลน่าน้อย ประจำปี 2566
กิจกรรม พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนฯ คณะอนุกรรมการกองทุนฯ พ.ศ. 2566

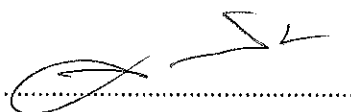
วันที่ 27 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ข้าพเจ้า นายสมชาย ละอองพันธ์ ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลน่าน้อย ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนวิทยากรบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลน่าน้อย ประจำปี 2566 กิจกรรม พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนฯ คณะอนุกรรมการกองทุนฯ พ.ศ. 2566 จำนวน 4 ชั่วโมง ๆ ละ 600 บาท		
	เป็นเงิน	2,400 -
	รวมเป็นเงิน	2,400 -

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร - สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน -

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นายสมชาย ละอองพันธ์)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นายสุทธิพงษ์ สุขขัง)

ใบสำคัญรับเงิน
(สำหรับวิทยากร)


ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลน้ำน้อย
โครงการ บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลน้ำน้อย ประจำปี 2566
กิจกรรม พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนฯ คณะอนุกรรมการกองทุนฯ พ.ศ. 2566

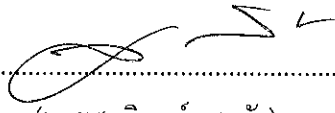
วันที่ 27 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ข้าพเจ้า นายชัยยุทธ หลักเมือง ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลน้ำน้อย ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนวิทยากร โครงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลน้ำน้อย ประจำปี 2566 กิจกรรม พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนฯ คณะอนุกรรมการกองทุนฯ พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ชั่วโมง ๆ ละ 600 บาท		
	เป็นเงิน	1,200 -
	รวมเป็นเงิน	1,200 -

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร - หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน -


(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(นายชัยยุทธ หลักเมือง)


(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(นายสุทธิพงษ์ สุขขัง)

๒๕๖๓
 ๒๒๖ ๒๒๖ ๒๒๖
 ๒๒๖ ๒๒๖ ๒๒๖

เล่มที่
 BOOK NO. ๒
 เลขที่
 BILL NO. 19

CASH SALE บิลเงินสด 現貨單

นาม 寶號 ๑๑๑ ๒๒๒ ๓๓๓ ๔๔๔ ๕๕๕ ๖๖๖ ๗๗๗ ๘๘๘ ๙๙๙
 NAME ๑๑๑ ๒๒๒ ๓๓๓ ๔๔๔ ๕๕๕ ๖๖๖ ๗๗๗ ๘๘๘ ๙๙๙ Date ๒๗ ก.พ. ๖๖

ที่อยู่ 住址 ๑๑๑ ๒๒๒ ๓๓๓ ๔๔๔ ๕๕๕ ๖๖๖ ๗๗๗ ๘๘๘ ๙๙๙
 ADDRESS ๑๑๑ ๒๒๒ ๓๓๓ ๔๔๔ ๕๕๕ ๖๖๖ ๗๗๗ ๘๘๘ ๙๙๙ Commercial License

จำนวน QUANTITY 數量	รายการ DESCRIPTION 貨名	หน่วยละ UNIT PRICE 備註	จำนวนเงิน AMOUNT 金額
๒๕ ๐๓	ก๋วยเตี๋ยวและเครื่องปรุง (ไก่)	๒๕	๑๕๐.-
๒๕ ๐๓	ก๋วยเตี๋ยวและเครื่องปรุง (หมู)	๒๕	๑๕๐.-
๒๕ ๐๓	ก๋วยเตี๋ยวหลอด	๖๐	๑,๕๐๐.-
รวม BAHT 鉢	รวมเงิน TOTAL 共銀		๒,๒๐๐.-

ผู้รับเงิน 收銀人
 COLLECTOR ๒๒๒

บริษัท สยามนครินทร์ จำกัด
SIAMNAKARIN CO., LTD.

ใบเสร็จรับเงิน
RECEIPT

สำนักงานใหญ่ : 488/88 ถนนเพชรเกษม ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
Head Office : 488/88 Phetkasem Rd., T.Hatyai, Hatyai, Songkhla 90110
โทร Tel 074 222 999 แฟกซ์ Fax 074 222 952 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax Payer No. 0905532001148

รหัสลูกค้า/Cust Code : C000754 เลขที่/No. : IPH123001777
หน้ากั/Page : 1 / 1 วันที่/Date : 10/03/2023

นาม/Name : กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลบ้านน้อย
ที่อยู่/Address : 999 ม.7 ต.บ้านน้อย อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา 90110
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000655584

วันที่ Date	ใบกำกับภาษี/ใบส่งของ Tax Invoice/Delivery	จำนวนเงิน Amount
-------------	---	------------------


SH123002254

2,125.00

PAID

บาท Baht	(สองพันหนึ่งร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)	รวมเงิน Total
		2,125.00

เงินสด เช็ค/ดราฟ โอน ธนาคาร..... BAAC.....
เลขที่..... 45324653..... วันที่..... 10/03/2023.....


ผู้รับเงิน / Bill Collector

ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ได้ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินตามเช็คแล้ว พร้อมกับลายเซ็นผู้จัดการ หรือผู้รักษาเงิน หรือผู้เก็บเงิน