

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

วันที่ เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๑๐/๑๒/๖๖	โครงการส่งเสริมสุขภาพด้วยกายภาพบำบัด		
	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖		
	ณ โรงพยาบาลสุโขทัย		
	ผู้จำหน่าย/สถานที่จำหน่าย นางสาว ฮัสวานา อูเซ็ง		
	เลขที่ ๔๔/๑ ต.ปะลुरू อ.สุโขทัย จ.สุโขทัย		
	๑.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน.....๕๐.....คน		
	จำนวน.....๒.....มือ ชุดละ...๒๕...บาท รวมเป็นเงิน	๒,๕๐๐	
	๑.๑ ค่าเครื่องดื่ม...๑,๐๐๐.....บาท		
	๑.๒ ค่าอาหารว่าง...๑,๕๐๐.....บาท		
	๒.ค่าอาหาร		
	๒.๑ ค่าอาหารกลางวัน จำนวน.....๕๐.....คน		
	จำนวน.....๑.....มือ ชุดละ.....๕๐.....บาท รวมเป็นเงิน	๒,๕๐๐	
	๒.๒ ค่าอาหารเย็น จำนวน.....-.....คน		
	จำนวน.....-.....มือ มีโต๊ะ.....-.....บาท รวมเป็นเงิน	-	
	รวมทั้งสิ้น	๕,๐๐๐	

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

ข้าพเจ้า นางสาวฮานิตา ดอเลาะห์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลสุโขทัย
ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบสำคัญรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของ
ราชการโดยแท้(ลงชื่อ).....*นางสาว ฮัสวานา อูเซ็ง*.....

(นางสาวฮานิตา ดอเลาะห์)

วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖