



# บันทึกข้อความ

96/n/6934  
95 ลย 6133  
พ. ๗0

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบนา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี โทร ๐๗๓-๔๑๔๔๑๗  
ที่ ปน ๐๑๓๓.๑/๕๖๕ วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินโครงการฯ

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองปัตตานี

## ๑.เรื่องเดิม

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบนา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ได้รับอนุมัติตามโครงการเฝ้าระวังปฏิบัติการโรคไข้เลือดออกโดยทีม SRRT ตำบลบนา ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวนงบประมาณ ๑๐๑,๓๐๐ บาท และระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ นั้น

## ๒.ข้อเท็จจริง

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบนา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ขออนุมัติเบิกงบประมาณตามโครงการฯ ดังกล่าว โดยมีรายละเอียดกิจกรรมและค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

๒.๑ จัดประชุมชี้แจงแก่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว SRRT ระดับตำบลเพื่อคืนข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลและการดำเนินตามโครงการฯ ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ ๒๐ มีนาคม และ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๖ ค่าใช้จ่ายประกอบด้วย

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม  
จำนวน ๒๕ คน ๓๕ บาท ๒ มื้อ ๒ ครั้ง เป็นเงิน ๓,๕๐๐ บาท

- ค่าอาหารกลางวัน  
จำนวน ๒๕ คน ๕๐ บาท ๒ ครั้ง เป็นเงิน ๒,๕๐๐ บาท

๒.๒ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่ทีมงานสำรวจ/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย, ทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วย, ทีมสอบสวนควบคุมโรคเบื้องต้น ทีมพันสารเคมีและทีมปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖ และ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๖ ค่าใช้จ่ายประกอบด้วย

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม  
จำนวน ๔๐ คน ๓๕ บาท ๒ มื้อ ๒ ครั้ง เป็นเงิน ๕,๖๐๐ บาท

- ค่าอาหารกลางวัน  
จำนวน ๔๐ คน ๕๐ บาท ๒ ครั้ง เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท

๒.๓ ออกประเมินการสำรวจ/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชนไขว้ระหว่างหมู่บ้าน, ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย, สอบสวนควบคุมโรคเบื้องต้น โดยทีมงานสำรวจ/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและทีมสอบสวนควบคุมโรคเบื้องต้น ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ ค่าใช้จ่ายประกอบด้วย

- ค่าพาหนะออกประเมินการสำรวจ/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชน/หมู่บ้าน จำนวน ๘๘ คน ๖ ครั้ง ๕๐ บาท รวมค่าใช้จ่าย เป็นเงิน ๒๖,๔๐๐ บาท  
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๔๒,๐๐๐ บาท



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 1 9401 00191 03 7  
Identification Number


ชื่อตัวชื่อสกุล น.ส. นูรีดา ส้าและ  
Name Miss Nureda  
Last name Sa - Lea  
เกิดวันที่ 1 พ.ย. 2540  
Date of Birth 1 Sep. 1997  
ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 33/7 หมู่ที่ ๕ ต.คลองใหญ่ อ.เมืองปัตตานี  
จ.ปัตตานี  
2 พ.ย. 2565  
วันหมดอายุ  
2 Sep. 2022  
Date of Issue

(นายทะเบียน จงจิระ)  
เจ้าพนักงานทะเบียน

31 พ.ค. 2574  
วันหมดอายุ  
31 Aug. 2031  
Date of Expiry

9499-03-09021116



น.ส. นูรีดา ส้าและ

นูรีดา


(นางสาว นูรีดา ส้าและ)

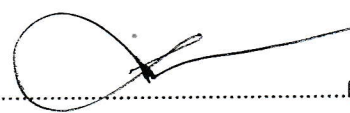
# ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา  
วันที่ 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า นางสาวนุรีดา สาและ อยู่บ้านเลขที่ ๓๓/๗ หมู่ที่ ๘ ตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง  
จังหวัดปัตตานี ๙๔๐๐๐ ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี  
ตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าอาหารว่าง แล เครื่องดื่ม จำนวน 25 คน 3 มก 2 มื้อ	1,750
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 25 คน 50 มก	1,250
ตัวอักษร สามพันบาทถ้วน	3,000

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน  
(นางสาวนุรีดา สาและ)

ลงชื่อ..........ผู้จ่ายเงิน  
(นายชูไฮดี ทะแวน)





**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 9499 00181 04 9  
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาง มารีน่า เตมามู**  
 Name **Mrs. Mareena**  
 Last name **Taemamu**

เกิดวันที่ **16 เม.ย. 2524**  
 Date of Birth **16 Apr. 1981**

ศาสนา **อิสลาม**

ที่อยู่ **135/61 ต.นาเกลือ ต.อำเภอรู**  
**อ.เมืองปัตตานี จ.ปัตตานี**

27 พ.ค. 2564 **15 เม.ย. 2573**  
 27 May 2021 **15 Apr. 2030**  
 Date of Issue **เจ้าพนักงานทะเบียน** Date of Expiry **9499-04-05271550**




สำเนาบัตร  
 (ของมารีน่า เตมามู)

BORA-10.8-05-2563

ประเทศไทย  
 THAILAND

ME3-1480322-72

Patran Vaccine  
 394990121049







ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อสถานราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา

วันที่ 15 เดือน... มิถุนายน... พ.ศ ๒๕๖๖

โครงการบริการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยทีม SRRRT ตำบลบ้านนา ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่	ค่าใช้จ่าย		รวมเงิน (บาท)	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี รับเงิน	หมายเหตุ
				ค่าตอบแทน	จำนวนครั้ง				
14	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	37/5 ม.3	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
15	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	25/1 ม.3	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
16	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	52/43 ม.10	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
17	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	80/1 ม.1	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
18	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	18 ม.3	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
19	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	80 ม.5	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
20	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	41/4 ม.5	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
21	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	40/1 ม.4	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
22	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	146/99 ม.11	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
23	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	12/10 ม.7	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
24	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	11 ม.10	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
25	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	9 ม.10	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	
26	นาง นงนุช นงนุช	อ.บ.บ.บ.บ.	18 ม.6	50	6	300	นางนงนุช	15-6-66	

ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน

วันที่..... 15 .....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ ๒๕๖๖

โครงการเฝ้าระวังปฏิบัติการโรคไข้เลือดออก โดยทีม SRRT ตำบลบ้านป่าประมาณ ๒๕๖๖

คำตอบแทนทีมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย, ที่เยี่ยมบ้าน, ทีมสอบสวนโรคเบื้องต้น, ทีมพ่นสารเคมีปรับปรุงสภาพแวดล้อม

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่	ค่าใช้จ่าย		รวมเงิน (บาท)	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	วัน เดือน ปีรับเงิน	หมายเหตุ
				ค่าตอบแทน	จำนวนครั้ง				
27	พ.ร. นพ.สมร	ว/กษ	อสม. 10 59/4 อ.10	50	6	300	พ.สมร	15-6-66	
28	พ.ร. อภิวัฒน์	พ.ร.ฝ. ๓	110/79 อ.๙	50	6	300	พ.อภิวัฒน์	15-6-66	
29	พ. ส.ว.ดลประไพ	สาลี	88 อ.1	50	6	300	พ.ดลประไพ	15-6-66	
30	พ.ร.สมชาย	ว/กษ	88/1	50	6	300	พ.สมชาย	15-6-66	
31	พ.ร.อ.วิไล	อ.ร.ร. ๑๕	๒2/11	50	6	300	พ.วิไล	15-6-66	
32	พ.ร.อ.พิศ	อ.ร.ร. ๑๕	๒๒/๒	50	6	300	พ.พิศ	15-6-66	
33	พ.ร.อ.ชยา	อ.ร.ร. ๑๖	๒๒/11	50	6	300	พ.ชยา	15-6-66	
34	พ.ร.อ.นงนุช	อ.ร.ร. ๑๖	14	50	6	300	พ.นงนุช	15-6-66	
35	พ.ร.อ.นงนุช	อ.ร.ร. ๑๖	14	50	6	300	พ.นงนุช	15-6-66	
36	พ.ร.อ.นงนุช	อ.ร.ร. ๑๖	๒๒/๒	50	6	300	พ.นงนุช	15-6-66	
37	พ.ร.อ.นงนุช	อ.ร.ร. ๑๖	๒๒/๒	50	6	300	พ.นงนุช	15-6-66	
38	พ.ร.อ.นงนุช	อ.ร.ร. ๑๖	๒๒/๒	50	6	300	พ.นงนุช	15-6-66	
39	พ.ร.อ.นงนุช	อ.ร.ร. ๑๖	๒๒/๒	50	6	300	พ.นงนุช	15-6-66	
40	พ.ร.อ.นงนุช	อ.ร.ร. ๑๖	๒๒/๒	50	6	300	พ.นงนุช	15-6-66	

ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา

วันที่..... 15 .....เดือน..... มิถุนายน... พ.ศ ๒๕๖๖

โครงการเฝ้าระวังปฏิบัติการโรคไข้เลือดออก โดยทีม SRRT ตำบลบ้านนา ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

คำตอบแทนทีมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย, ทเยี่ยมบ้าน, ทีมสอบสวนโรคเบื้องต้น, ทีมประชาสัมพันธ์ปรับปรุงสภาพแวดล้อม

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่	ค่าใช้จ่าย		รวมเงิน (บาท)	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	วัน เดือน ปีรับเงิน	หมายเหตุ
				ค่าตอบแทน	จำนวนครั้ง				
40	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
41	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
42	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
43	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
44	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
45	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
46	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
47	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
48	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
49	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
50	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
51	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	
52	นางสาวสุภาวดี	แพทย์แผน	บ.บ.บ.บ.	50	6	300	นางสาวสุภาวดี	15-6-66	

ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางนา

วันที่.....15.....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ ๒๕๖๖

โครงการบริการรับปฏิบัติการโรคไข้เลือดออก โดยทีม SRRT ตำบลบางนา ปึงงบประมาณ ๒๕๖๖

คำตอบแทนที่ถ่ายแบบลงเพราะพื้นที่ผู้กู้ย้ายลงลาย, ที่เขียนบ้าน, ทีมสอบสวนโรคเบื้องต้น, ทีมประสานการปรับปรุงสภาพแวดล้อม

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่	ค่าใช้จ่าย		รวมเงิน (บาท)	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	วัน เดือน ปีรับเงิน	หมายเหตุ
				คำตอบแทน	จำนวนครั้ง				
๕๓	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	1๓/1	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๕๔	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	๑๕	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๕๕	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	๕๕	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๕๖	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๒	๑๑/๑.	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๕๗	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	๑๑/๑	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๕๘	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	๑๕	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๕๙	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	๑๓/๑	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๖๐	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	๑๕	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๖๑	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	๑๑/๑	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๖๒	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	๑๑	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๖๓	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	๑๑/๑	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๖๔	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	๑๑	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	
๖๕	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์สงฆ์	อ.สงฆ์. อ.๑	๑๖	50	6	300	นางสงฆ์สงฆ์สงฆ์	15-6-66	

ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปนา

วันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ ๒๕๖๖

โครงการเฝ้าระวังปฏิบัติการโรคไข้เลือดออก โดยมี SRRT ตำบลปนา งบประมาณ ๒๕๖๖

คำตอบแบบพิมพ์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย, ที่เยี่ยมบ้าน, ทีมสอบสวนโรคเบื้องต้น, ทีมพ่นสารเคมีปรับปรุงสภาพแวดล้อม

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่	ค่าใช้จ่าย		รวมเงิน (บาท)	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	วัน เดือน ปีรับเงิน	หมายเหตุ
				ค่าตอบแทน	จำนวนครั้ง				
๒๖	พ.พ.พิลาภ สอนิโระ	อสม.บ.๕	๗/๗	50	๖	300	พิลาภ สอนิโระ	15-6-66	
๒๗	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๕	๗/๗	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	
๒๘	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๖	๖/๗	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	
๒๙	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๖	๖/๗	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	
๓๐	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๗	๖	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	
๓๑	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๘	๖/๗	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	
๓๒	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๘	๖/๗	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	
๓๓	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๘	๖/๗	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	
๓๔	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๘	๖/๗	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	
๓๕	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๘	๖/๗	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	
๓๖	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๘	๖/๗	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	
๓๗	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๘	๖/๗	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	
๓๘	พ.พ.สุวิมล สอนิโระ	อสม.บ.๘	๖/๗	50	๖	300	สุวิมล สอนิโระ	15-6-66	

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา

วันที่ 15 เดือน ตุลาคม พ.ศ ๒๕๖๖

โครงการเฝ้าระวังปฏิบัติการโรคไข้เลือดออก โดยมี SRRT ตำบลบ้านนา รับผิดชอบ ๒๕๖๖

ค่าตอบแทนที่มอบให้แก่ฝ่ายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย, ที่เย็บมุ้ง, ที่มสออบสวนโรคเบื้องต้น, ที่มสออบสารเคมีปรับปรุงสภาพแวดล้อม

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่	ค่าใช้จ่าย		รวมเงิน (บาท)	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี รับเงิน	หมายเหตุ
				ค่าตอบแทน	จำนวนครั้ง				
๗๙	กมลเบญจกุล วัลย์ลา,	อสม.	154/200 ม.๗	50	๒	๑00	ปรางค์	15-๕-๖๖	
๘๐	นางปรางดา ทอวแก้ว	อสม.	15๕/112 ม.๗	50	๒	๑00	ปรางค์	15-๕-๖๖	
๘๑	นางอภิญญา อภิสิทธิ์	อสม.	๒๕๕/11๖ ม.๗	50	๒	๑00	อภิญญา	15-๕-๖๖	
๘๒	นางดวงจันทร์ งามจันทร์	อสม.	ม.๗	50	๒	๑00	งามจันทร์	15-๕-๖๖	
๘๓	นาง น. น. น.	อสม. ม.๗	๗๙	50	๒	๑00	น. น. น.	15-๕-๖๖	
๘๔	น. น. น.	อสม.	15๕/๑๖๒	50	๒	๑00	ปรางค์	15-๕-๖๖	
๘๕	นาง สุวิภา ทรัพย์ดี	อสม. ม.๗	39/112	50	๒	๑00	สุวิภา	15-๕-๖๖	
๘๖	นาง อ. น. น.	อสม. ม.๗	๑๙/119	50	๒	๑00	อ. น. น.	15-๕-๖๖	
๘๗	นาง อ. น. น.	อสม. ม.๗	๑๕๕/๑๑๘	50	๒	๑00	อ. น. น.	15-๕-๖๖	
๘๘	นาง อ. น. น.	อสม. ม.๗	๑1/๑๕	50	๒	๑00	อ. น. น.	15-๕-๖๖	
รวมเงิน									

เงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)..เงินสองหมื่นหกพันสี่ร้อยบาทถ้วน.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
 (..... นายสุชาติ หน่อ.....)  
 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
 วันที่ 15-๕-๖๖