

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนราชการ.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองกระ

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
	ค่าใช้จ่าย.....โครงการ.....		
		
	วันที่..... ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๙:๓๐ - ๑๒:๐๐ น.		
	ณ.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองกระ		
	ผู้จำหน่าย/สถานที่จำหน่าย.....		
	๑. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มจำนวน..... ๑๕๐.....คน		
	จำนวน..... ๑.....มือ มื้อละ..... ๕๕.....บาท รวมเป็นเงิน..... ๗,๕๐๐.....		
	๒. ค่าอาหาร		
	๒.๑ ค่าอาหารกลางวัน จำนวน..... ๑๕๐.....คน		
	จำนวน..... ๑.....มือ มื้อละ..... ๕๐.....บาท รวมเป็นเงิน..... ๗,๐๐๐.....		
	๒.๒ ค่าอาหารเย็น จำนวน..... -.....คน		
	จำนวน..... -.....มือ มื้อละ..... -.....บาท รวมเป็นเงิน..... ๑๐,๕๐๐.....		
	รวมทั้งสิ้น	๑๐,๕๐๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)..... เงินหนึ่งหมื่นห้าร้อยบาทถ้วน

ข้าพเจ้า.....นางสุทธิมา โตชะนะ.....ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขตำบล.....
 สังกัด.....สำนักงานสาธารณสุขตำบล..... ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงิน
 จากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

(ลงชื่อ).....
 (.....นางสุทธิมา โตชะนะ.....)
 วันที่..... ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๒.....

หมายเหตุ : (๑) ข้าราชการ หรือพนักงานราชการ ผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จัดการประชุม

ล้ำนาทอ ๐๖
 (นางสุทธิมา โตชะนะ)
 เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส ปฏิบัติหน้าที่
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองกระ ตำบลบางระได่