

เลขที่.....  
ศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการเมืองเขารูปช้าง  
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

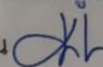
ใบสำคัญรับเงิน

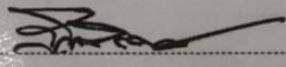
วันที่ ๐๘ เดือน พ.ย. พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า น. .... / นางสาว พิชญาภา สวัสดิชโช อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่..... แขวง..... เขต..... นางพลัด..... จังหวัด กรุงเทพมหานคร.  
ได้รับเงินจากศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการเมืองเขารูปช้าง ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1.	ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด เดือน.....ตุลาคม 2562..... ประจำปีงบประมาณ 2563	15,120	-
รวมเป็นเงิน		15,120	-

จำนวนเงิน ( ตัวอักษร ) ( หนึ่งหมื่นห้าพันหนึ่งร้อยยี่สิบบาทถ้วน )

ลงชื่อ..... พิชญาภา สวัสดิชโช ผู้รับเงิน   
( นางสาวพิชญาภา สวัสดิชโช ) (นางปจรี ปาณะตรี)  
นักกายภาพบำบัด..... ข้าราชการวิชาวชิพชำนาญการ

ลงชื่อ.....  ผู้จ่ายเงิน  
( นายจิรกฤต จิรวนุกรรม..... )

ประธานศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการเมืองเขารูปช้าง

หมายเหตุ : ให้แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับเงินพร้อมนามสำเนาถูกต้องในครั้งแรก