

เล่มที่...1...
เลขที่...4/2563...


ใบเสร็จรับเงิน

วันที่...25...เดือน...มิถุนายน...พ.ศ. 2563

กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ลำใหม่ หมู่ที่ 6 ตำบล ลำใหม่ อำเภอ เมืองยะลา จังหวัด ยะลา
ได้รับเงินจาก...องค์การบริหารส่วนตำบลลำใหม่ หมู่ที่ 6 อำเภอ เมืองยะลา จังหวัด ยะลา...
ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินคืนเหลือจ่ายจากการดำเนินโครงการ		
โครงการอาหารปลอดภัย ชีวีมีสุขประจำปี 2563	4,010	-
	4,010	-

จำนวนเงิน...-เงินสี่พันสิบบาทถ้วน-...บาท

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน
(นางสาวคอลลีเยาะ แมะเราะ)

เล่มที่...1.
เลขที่...4/2563...


ใบเสร็จรับเงิน

วันที่...25...เดือน...มิถุนายน...พ.ศ.2563

กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ลำใหม่ หมู่ที่ 6 ตำบล ลำใหม่ อำเภอ เมืองยะลา จังหวัด ยะลา
ได้รับเงินจาก...องค์การบริหารส่วนตำบลลำใหม่ หมู่ที่ 6 อำเภอ เมืองยะลา จังหวัด ยะลา...
ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินคืนเหลือจ่ายจากการดำเนินโครงการ		
โครงการอาหารปลอดภัย ชีวีมีสุขประจำปี 2563	4,010	-
	4,010	-

จำนวนเงิน...-เงินสี่พันสิบบาทถ้วน-...บาท

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน
(นางสาวคอลลีเยาะ แมเราะ)



ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL COOPERATIVES

เพื่อสาขา.....
 For Branch.....

ใบ
 Depos

01061 261 8276

นายอนุชิต วัฒนศิริ อ.ส.ส. อ.ส.ส. อ.ส.ส. อ.ส.ส.

25/06/2563 SDTR

THB 010612618276

กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ลำ 4,010.00 CR 5200180 74003 0061

*****0.00

ID3950100387027 FEE2

0.00/0.00 C

เงินสด Cash	จำนวนเงินเป็นตัวอักษร Amount in Words	ชื่อธนาคาร/สาขา Bank/Branch	จำนวนเงินเป็นตัวเลข Amount in Number
หมายเลขเช็ค Chq.No.			จำนวนเงิน Amount
8391319	บาทถ้วน ๕๐๐. ๗๗๕๑.๕๖	ธนาคาร/สาขา	4,010.-
	รวมยอดเงินเป็นตัวอักษร Total Amount in Words		รวมยอดเงินเป็นตัวเลข Total Amount in Number
	สี่พันเก้าร้อยเจ็ดสิบแปดบาทถ้วน		4,010.-
ผู้นำฝาก Depositor	ลงชื่อ:	โทรศัพท์ Tel. No.	ผู้อนุมัติ/A
		073 852 808	

(Handwritten signature)

พนักงานการ

ผู้อนุมัติ/A