


ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน.....
โครงการ/ หลักสูตร โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ
2563


วันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563


ข้าพเจ้า.....นางสาว กุศลมา.....ส่งมอบ.....
ตำบล/แขวง.....ท่าเสา.....อำเภอ/เขต.....เกาะโดน.....อยู่บ้านเลขที่.....147 ม.4.....
.....จังหวัด.....สตูล.....

ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดนตามโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่อง
ปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ 2563... ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคในช่องปาก และการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน 4 ชม.ๆ ละ 300 บ. เป็นเงิน	1,200	00
จ่ายแล้ว  (นางสาวยุภาดา ตวงตา)		
บาท	1,200	00

จำนวนเงิน (...หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน...)

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน
(นางสาว กุศลมา ส่งมอบ.....)

ลงชื่อ..........ผู้จ่ายเงิน
(...นางสาวยุภาดา...ตวงตา...)

บัตรประชาชนประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9102 00054 65 1


นางสาว กุศลสมา สัจญญา
 Name Miss Ku-asma
 Last name Sanya
 เกิดวันที่ 28 พ.ค. 2536 Date of Birth 28 May 1993
 ศาสนา อิสลาม
 สัญชาติ ไทย
 อายุ 147 ซม. 4 ค.ย. 20
 อ.ควนโดน จ.สตูล
 29 พ.ค. 2558 27 พ.ค. 2567
 วันออกบัตร วันบัตรหมดอายุ
 29 May 2018 (พ.ศ. 2561) 27 May 2024
 Date of issue (พ.ศ. 2561) Date of Expiry

9102-00-00054005



นางสาว กุศลสมา สัจญญา
 (นางสาว กุศลสมา สัจญญา)

BORA-2.9-01



ประเทศไทย THAILAND

011-0883848-35


ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน.....
โครงการ/ หลักสูตร โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ 2563

วันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563


ข้าพเจ้า นายฟาดฉวี ชาวเม
บ้านเลขที่ 9/1 ม. 3
หนิลิม อำเภอ/เขต ไร่แงะ จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดนตามโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ 2563... ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าธรรมเนียมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคในช่องปาก และการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง สำหรับวิทยากร จำนวน 4 ชม.ๆ ละ 300 บ. เป็นเงิน	1,200	00
จ่ายแล้ว  (นางสาวยุภาดา ดวงตา)		
บาท	1,200	00

จำนวนเงิน (...หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน...)

ลงชื่อ ฟาดฉวี ผู้รับเงิน
(นายฟาดฉวี ชาวเม)

ลงชื่อ  ผู้จ่ายเงิน
(...นางสาวยุภาดา...ดวงตา...)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9605 00178 01 1

ชื่อและนามสกุล นาย ฟาตอนี ชามเม
 Name Mr. Fathonee
 Last name Semae

เกิดวันที่ 29 พ.ย. 2533
 Date of Birth 29 Nov. 1990

ศาสนา อิสลาม

สูง 9/1 นิ้วที่ 3 ต.เจดีย์ม อ.ระแงะ

จ.นราธิวาส
 23 พ.ย. 2561
 วันสถาปนา 23 Nov. 2018
 Date of Issue

วันหมดอายุ 28 พ.ย. 2569
 วันบัตรหมดอายุ 28 Nov. 2026
 Date of Expiry

9181-04-11230017

สำเนาถูกต้อง
 ฟาตอนี
 (นายฟาตอนี ชามเม)

BORA-10.5-05-2561



ประเทศไทย
 THAILAND

ME1-1279103-23

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9101 00126 87 1

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ซอฝิยะห์ ปิไลย
 Name Miss Sofiya
 Last name Pisai
 เกิดวันที่ 6 ก.ย. 2532
 Date of Birth 6 Sep. 1989
 ศาสนา อิสลาม


ที่อยู่ 197 หมู่ที่ 5 ต.ทุ่งน้อย อ.ควนกาหลง จ.สตูล
 29 มิ.ย. 2561 วันออกบัตร 29 Jun. 2018
 (เจ้าพนักงานออกบัตร)
 5 ก.ย. 2569 วันบัตรหมดอายุ 5 Sep. 2026
 9103-02-06291507



จำแนกตก

น.ส. ซอฝิยะห์ ปิไลย

BORA-10.5-02-2561



ประเทศไทย THAILAND

ME1-1227533-71


ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน.....
โครงการ/ หลักสูตร โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ
2563

วันที่ 11 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563


ข้าพเจ้า นายฟาตอณี นามแม่
ตำบล/แขวง หนิลิม อำเภอ/เขต ระแงะ อยู่บ้านเลขที่ 9/1 ม. 3
จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดนตามโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่อง
ปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ 2563... ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคในช่องปาก และการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง คำตอบแทนวิทยากร จำนวน 4 ชม.ๆ ละ 300 บ.	เป็นเงิน	1,200 00
จ่ายแล้ว  (นางสาวยุภาดา ดวงตา)		
	บาท	1,200 00

จำนวนเงิน (...หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน...)

ลงชื่อ..... ฟาตอณีผู้รับเงิน
(นายฟาตอณี นามแม่)

ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเงิน
(...นางสาวยุภาดา...ดวงตา...)


ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน.....
โครงการ/ หลักสูตร โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ
2563


วันที่ 11 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นางสาวอุษิมา สัตบุรุษ.....อยู่บ้านเลขที่ 141 ม.4
ตำบล/แขวง.....ท่าเรือ.....อำเภอ/เขต.....คณโดน.....จังหวัด.....สตูล

ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดนตามโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่อง
ปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ 2563... ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคในช่องปาก และการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน 4 ชม.ๆ ละ 300 บ. เป็นเงิน	1,200	00
จ่ายแล้ว  (นางสาวยุภาดา ดวงตา)		
บาท	1,200	00

จำนวนเงิน (...หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน...)

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน
(นางสาวอุษิมา สัตบุรุษ)

ลงชื่อ..........ผู้จ่ายเงิน
(...นางสาวยุภาดา...ดวงตา...)

น.ส. ชองมียะพร ชูไสย
 197 2.6 ต.ทุ่งไผ่ อ.ควนกาหลง จ.สตูล

เล่มที่ 2
 เลขที่ 5

บิลเงินสด
CASH SALE

นาม CUSTOMER รพ. สตา. ตานโตน วันที่ DATE 11 สิงหาคม 2563
 ที่อยู่ ADDRESS ร. 1 ต. ตานโตน อ. ตานโตน จ. สตูล เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี Tax ID No. 191010012671

จำนวน QUANTITY	รายการ/DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
115	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 115	25	2,875 -
จ่ายแล้ว			
(นางสาวบุษผา ทองต)			
บาท BATH	สองพันแปดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน	รวมเงิน Total	2,875 -

ผู้รับเงิน / COLLECTOR ๗

ขอขอบคุณ
 ท่านที่อุดหนุน


ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน.....
โครงการ/ หลักสูตร โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ
2563

วันที่ 13 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563


ข้าพเจ้า..... นามฟาดอนี สาขาแม่ อยู่บ้านเลขที่ 9/1 ม.3
ตำบล/แขวง..... โฉลิ้ม อำเภอ/เขต..... รัน๒๒๕ จังหวัด..... นราธิวาส.....

ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดนตามโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่อง
ปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ 2563... ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคในช่องปาก และการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน 4 ชม.ๆ ละ 300 บ. เป็นเงิน	1,200	00
จ่ายแล้ว  (นางสาวยุภาดา ทวงตา)		
บาท	1,200	00

จำนวนเงิน (...หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน...)

ลงชื่อ..... ฟาดอนี ผู้รับเงิน
(นามฟาดอนี สาขาแม่)

ลงชื่อ.....  ผู้จ่ายเงิน
(...นางสาวยุภาดา...ดวงตา...)


ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน.....
โครงการ/ หลักสูตร โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ
2563


วันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563


ข้าพเจ้า...นางสาวกัญฉวีมา วัจนท... อยู่บ้านเลขที่ 147 ม.4
ตำบล/แขวง...บ้านไร่ อำเภอ/เขต...ควนโดน จังหวัด...นงสุม

ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดนตามโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่อง
ปากเด็กประถมศึกษาในโรงเรียน ปีงบประมาณ 2563... ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคในช่องปาก และการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน 4 ชม.ๆ ละ 300 บ. เป็นเงิน	1,200	00
จ่ายแล้ว  (นางสาวยุภาดา ดวงตา)		
บาท	1,200	00

จำนวนเงิน (...หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน...)

ลงชื่อ..........ผู้รับเงิน
(นางสาวกัญฉวีมา วัจนท...)

ลงชื่อ..........ผู้จ่ายเงิน
(...นางสาวยุภาดา...ดวงตา...)

