

# ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า นางสาวขนิษฐา ภูมิไธสง ที่อยู่ ณ หมู่ ๕ ต.บ้านใหม่ อ.เสนาฯ จ.สงขลา ได้รับเงินจาก  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าซอญ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าใช้จ่าย ในการจัดโครงการ "สัปดาห์ดีที่ท่าศาลาโรดแองเจลี ๑๕๖๖" ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ ๖๒	
๑. ค่าอาหารกลางวัน อ.เสนาฯ จ.สงขลา จำนวน ๒๕ คน	3,800
๒. ค่าอาหารกลางวัน อ.เสนาฯ จ.สงขลา จำนวน ๒๕ คน	5,700
<b>จ่ายเงินแล้ว</b>	
รวมเป็นเงิน	9,500

ตัวอักษร ( ๖๓๕๓๓๗๐๕๖๓๖๓ )

(ลงชื่อ) นางขนิษฐา ภูมิไธสง ผู้รับเงิน  
(นางสาวขนิษฐา ภูมิไธสง)  
ตำแหน่ง.....

**สำเนาถูกต้อง**

(ลงชื่อ) ก ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวกัญญา นะ ชัยลาภ)  
ตำแหน่ง พยาบาลเทคนิคชำนาญการ