บค...../.....๒๕๖๒

ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลสุไหงปาดี.....

โครงการ/หลักสูตร . โครงการกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

วันที่.....๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓.....

ข้าพเจ้า.....น.ส รูยาตี...บินแม.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๔..... ถนน.....-.....หมู่ที่ .....๑๒.....

ตำบล.....สากอ..... อำเภอ.....สุไหงปาดี..... จังหวัด.....นราธิวาส.....

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลสุไหงปาดี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สตางค์
- ค่าตอบแทนวิทยากรจำนวน ๕ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐ บาท	๑,๕๐๐	
รวมเงิน	๑,๕๐๐	-

(นางทักษิณา วารุณี)
นักวิชาการการเงินและบัญชีชำนาญการ

จำนวนเงิน .....หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วย..... (ตัวอักษร)

ลงชื่อ .....รูยาตี..... ผู้รับเงิน

(นางสาวรูยาตี บินแม)

ลงชื่อ .....ฮานีตา ดอเลาะห์..... ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวฮานีตา ดอเลาะห์)