

บค...../.....๒๕๖๒

ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลสุโขทัย.....

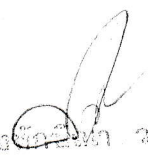
โครงการ/หลักสูตรโครงการกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓.....

วันที่.....๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓.....

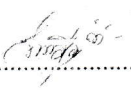
ข้าพเจ้า.....น.ส ไอดา ดอเลาะห์.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๒๕/๒.....ถนน.....หมู่ที่.....๕.....

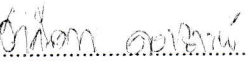
ตำบล.....สุโขทัย.....อำเภอ.....สุโขทัย.....จังหวัด.....นราธิวาส.....

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลสุโขทัย ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สตางค์
- ค่าตอบแทนวิทยากรจำนวน ๔ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐ บาท  (นางสาวไอดา ดอเลาะห์) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๑,๒๐๐	
รวมเงิน	๑,๒๐๐	-

จำนวนเงินหนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน..... (ตัวอักษร)

ลงชื่อ
(นางสาวไอดา ดอเลาะห์) ผู้รับเงิน

ลงชื่อ
(นางสาวฮานีดา ดอเลาะห์) ผู้จ่ายเงิน