

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ โรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๒๙ ก.ค.๖๓	โครงการกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ		
	ณ โรงพยาบาลสุโขทัย		
	ผู้จำหน่าย/สถานที่จำหน่าย นางสาว ฮัสวานา อุซึ้ง		
	เลขที่ ๔๔/๑ ต.ปะลูลู อ.สุโขทัย จ.นราธิวาส		
	๑.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน.....๗๐.....คน		
	จำนวน.....๒.....มือ ชุดละ...๒๕...บาท รวมเป็นเงิน	๓,๕๐๐	
	๑.๑ ค่าเครื่องดื่ม...๑,๗๕๐.....บาท		
	๑.๒ ค่าอาหารว่าง...๑,๗๕๐.....บาท		
	๒.ค่าอาหาร		
	๒.๑ ค่าอาหารกลางวัน จำนวน.....๗๐.....คน		
	จำนวน.....๑.....มือ ชุดละ.....๕๐.....บาท รวมเป็นเงิน	๓,๕๐๐	
	๒.๒ ค่าอาหารเย็น จำนวน.....-.....คน		
	จำนวน.....-.....มือ มือละ.....-.....บาท รวมเป็นเงิน	-	
	รวมทั้งสิ้น	๗,๐๐๐	

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....เจ็ดพันบาทถ้วน.....

ข้าพเจ้า นางสาวฮานีตา ดอเลาะห์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลสุโขทัย
ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบสำคัญรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของ
ราชการโดยแท้

(ลงชื่อ).....ฮานีตา ดอเลาะห์.....

(นางสาวฮานีตา ดอเลาะห์)

วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓