ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมาลาแต

วันที่ ๑๒ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า นางสาวฮามีด๊ะ ดอเลาะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓-๙๐๐๖-๐๐๑๐๒-๐๕-๖ อยู่บ้านเลขที่ ๒/๒๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลทุ่งพอ อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ได้รับเงินจาก ชมรมอาสมัครสาธารณสุขรพ.สต.เมาะลาแต ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าอาหารว่าง/เครื่องดื่ม ๒ มื้อ มื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๑๘๐ ชุด	๙,๐๐๐.๐๐
- ค่าอาหาร ๑ มื้อ มื้อละ ๕๐ บาท จำนวน ๑๘๐ ชุด	๙,๐๐๐.๐๐
รวมเงิน	๑๘,๐๐๐.๐๐

จำนวนเงิน (-หนึ่งหมื่นแปดพันบาทถ้วน-)
(ตัวอักษร)

(ลงชื่อ).....ฮามีด๊ะ ดอเลาะ.....ผู้รับเงิน
(นางสาวฮามีด๊ะ ดอเลาะ)

(ลงชื่อ).....รอมีละ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวรอมือละ กะเส็มมิ)