สรุปการใช้เงินในกิจกรรม

การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการจัดทำแผนงาน/โครงการของกองทุนฯร่วมกับ พชอ.ที่มีประสิทธิผล อ.หนองแค จ.สระบุรี

วันที่ 20-21 กุมภาพันธ์ 2563 ณ ห้องประชุมบ้านไร่สมเกียรติโฮมสเตย์ ต.หนองย่างเสือ อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี

1. ค่าตอบแทน	**12,600**	**บาท**
1.1 วิทยากร/ผู้ทรงคุณวุฒิ	11,600	บาท
1.2 ผู้ช่วยวิทยากร		บาท
1.3 คณะทำงาน/พี่เลี้ยงโครงการ		บาท
1.4 เจ้าหน้าที่จัดประชุม	1,000	บาท
1.5 เจ้าหน้าที่ช่วยจัดการประชุม		บาท
1.6 อื่นๆ		บาท
2. ค่าวัสดุ	**380**	**บาท**
3. ค่าเดินทาง	**11,120**	**บาท**
3.1 ค่าเดินทางวิทยากร		บาท
3.2 ค่าเดินทางผู้ช่วยวิทยากร		บาท
3.3 ค่าเดินทางคณะทำงาน/พี่เลี้ยงโครงการ		บาท
3.4 ค่าเดินทางผู้เข้าร่วมประชุม	11,120	บาท
3.5 ค่าเช่ารถ		บาท
3.6 ค่าน้ำมันรถ		บาท
3.7 อื่น ๆ		บาท
4. ค่าใช้สอย	**55,120**	**บาท**
4.1 ค่าที่พัก	20,000	บาท
4.2 ค่าห้องประชุม		บาท
4.3 ค่าอาหาร	32,500	บาท
4.4 ค่าถ่ายเอกสาร	2,620	บาท
4.5 ค่าจ้าง		บาท
4.6 อื่น ๆ		บาท
5. ค่าสาธารณูปโภค		**บาท**
5.1 ค่าส่งไปรษณีย์		บาท
5.2 อื่น ๆ ระบุ		บาท

รวม 79,220 บาท

(เจ็ดหมื่นเก้าพันสองร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

รวม 79,220 บาท

(เจ็ดหมื่นเก้าพันสองร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

หมายเหตุ เบิกจ่ายจากงบประมาณหมวด การ coaching ทีมระดับพื้นที่ ให้สามารถสนับสนุนผู้เสนอโครงการ ในการจัดทำแผน การพัฒนาข้อเสนอโครงการ และการติดตามโครงการ ทั้งในขั้นตอนการจัดทำแผนกองทุนตำบลฯ พัฒนาโครงการและการติดตาม

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงาน

โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ระหว่างวันที่ 20-21 เดือน กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.30 - 17.00 น. น. ณ ห้องประชุมบ้านไร่สมเกียรติโฮมสเตย์ อำเภอหนองย่างเสือ จังหวัดสระบุรี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	e-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
1	น.ส.ปรียพร แสงสุก	พนักงานธุรการ อบต.ห้วยขมิ้น	087-7160481		-	
2	น.ส.ศิริสมบัติ วงษ์เงิน	รองปลัด อบต.ห้วยขมิ้น	080-1100919		-	
3	นายถาวร สินราช	ผู้ทรงคุณวุฒิ อบต.ห้วยขมิ้น	089-1060436		-	
4	น.ส.ศิริประภา วงศ์บัง	นักจัดการงานทั่วไป อบต.หนองแขม	084-0763062		-	
5	นางรัตนาภรณ์ ธีสุระ	ปลัด อบต.หนองแขม			-	
6	นางพิไลพร สุรวิทย์	ผอ.กองสวัสดิการ อบต.กุ่มหัก	092-4936629	Noipi_2520@outlook.co.th	-	
7	น.ส.ณัฏฐ์ชุภา ศรีโชติ	นักพัฒนาชุมชน อบต.กุ่มหัก	088-6249945	Seechod88@gmail.com	กม 2928	
8	นางถนิมลักษมี จิตรอารีย์	ผู้อำนวยการ กองสาธารณสุขฯ	080-7969891		-	
9	น.ส.ลัลนาภรณ์ โรจนะ	พนักงานปฏิบัติงาน LCTกองสาธารณสุขฯ	095-4710239	Lahlana 3482@gmail.com	กม.3482	
10	นางสุนิศา หาญลือ	หัวหน้าสำนักปลัดกองสาธารณสุขฯ	081-7490390	nongnak_org@hotmail.com	-	

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงาน

โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ระหว่างวันที่ 20-21 เดือน กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.30 - 17.00 น. น. ณ ห้องประชุมบ้านไร่สมเกียรติโฮมสเตย์ อำเภอหนองย่างเสือ จังหวัดสระบุรี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	e-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
11	นายไกรสร ระวิงทอง	นักพัฒนาชุมชน อบต.หนองนาก	064-5424777	sorn1free@hotmail.com		
12	น.ส.แสงเทียน กล้วยป่า	อบต.~~ห้วยทราย~~ หนองจิก	092-8528508			
13	น.ส.สุกัญญา เนตรสุวรรณ	อบต.~~ห้วยทราย~~ หนองจิก	095-1013060			
14	น.ส.น้ำผึ้ง เอี่ยมสำราญ	รองปลัดอบต.หนองไข่น้ำ	088-2777914	Natcha_13@hotmail.com		
15	น.ส.พรนัทชา ดาวเรือง	ผู้ช่วยเจ้า~~หน้าที่~~ฝ่ายบริหารงานธุรการ อบต.หนองไข่น้ำ	089-2433898	Natcha_13@hotmail.com		
16	นางกัญชพร เกตุเรน ไม่เป็น	ปลัด อบต.หนองโรง				
17	น.ส.นันทพร ประเสริฐนู	ผอ.กองสวัสดิการสังคม อบต.หนองโรง				
18	น.ส.ธนวรรณ สุทธิทัศ	ผอ.กองสวัสดิการสังคม อบต.หนองจรเข้		Tanawan_978@hotmail.com		
19	น.ส.นงนภัส ปรากฏวงศ์	นักวิเคราะห์นโยบาย อบต.หนองจรเข้		Pang_sbw10@hotmail.com		
20	น.ส.น้ำฝน คำพุ่ม	นักพัฒนาชุมชน อบต.คชสิทธิ์	081-6432460	khodchasit@hotmail.com		

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงาน

โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ระหว่างวันที่ 20-21 เดือน กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.30 - 17.00 น. น. ณ ห้องประชุมบ้านไร่สมเกียรติโฮมสเตย์ อำเภอหนองย่างเสือ จังหวัดสระบุรี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	e-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
21	น.ส.อัจฉราภรณ์ คงสมนิท	คนงานทั่วไป อบต.คชสิทธิ์	089-3432161	Khodchasit@Hotmail.com	–	อัจฉราภรณ์
22	นางมัลลิกา บุญอ้วน	หัวหน้าฝ่ายบริการ เทศบาลตำบลคชสิทธิ์	089-0841512	khochasith@gmil.com	–	
23	นางสาวมารินทร์ วงษ์ลำใย	พนักงานจ้างเหมา เทศบาลตำบลคชสิทธิ์	061-0636969	khochasith@gmail.com	–	มารินทร์
24	นายกีรติ สุภารังษี	นักส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นชำนาญการ สนง.ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	0819489968	-	–	
25	จ่าเอกไพฑูรย์ อ่อนศรี	รองปลัด อบต.หนองปลาหมอ	0819460910	pitoon_13@hotmail.com	–	
26	จ่าเอกหญิงชุดาพร อ่อนศรี	พยาบาลวิชาชีพ อบต.หนองปลาหมอ	0819464843		–	ชุดาพร อ่อนศรี
27	นายมนัส วงศ์กาศ	รองปลัด อบต.บัวลอย	092-6247453	wongkad.m@hotmail.com	–	
28	นางนันทกา สุขโรจน์	ผอ.กองสาธารณสุข อบต.โคกแย้	080-1566292	SUKROT15@gmail.com	–	
29	นางสุมีนา อรรถชัยพานิช	จนง.ธุรการชำนาญงาน อบต.โคกแย้	080-1614963	sumeena2526@gmail.com	–	
30	นางจิดาภา ภูทิพยวงษา	รองผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลหนองแค	081-9899136	LEK.JIDA@Hotmail.com	–	

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงาน

โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ระหว่างวันที่ 20-21 เดือน กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.30 - 17.00 น. น. ณ ห้องประชุมบ้านไร่สมเกียรติโฮมสเตย์ อำเภอหนองย่างเสือ จังหวัดสระบุรี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	e-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
31	น.ส.ภาณุมาศ ดอนวิจิตร	พยาบาลวิชาชีพ เทศบาลหนองแค	085-4519442	carna_ta@hotmail.co.th		[illegible]
32	นพ กัมปนาท ระวังพันธุ์	รองปลัด อบต. โคกตูม-โพนทอง	080 6689820	parkyglock@hotmail.com		[illegible]
33	ทวีศักดิ์ มุณรินธ์	ประธาน อสม. หน้าตรง	092-2816934			ทวีศักดิ์ มุณรินธ์
34	น.ส ภานิชา พาณิชย์		061-1238788	phanicha.kib@gmail.	5 กธ.7770 กทม	ภานิชา
35	น.ส.วัลยา ศิริมงคล					
36	นายเทียนชัย ปี่แก้ว					
37	นายสรพงษ์ มาขำ	ผอ.รพ.สต. หนองปรามอ	097-1409613			[illegible]
38	นายคงฤทธิ์ ศรีเมฆ	ผอ.รพ.สต. โพ่ตาง	089-5381122			[illegible]
39	นายร่วม มะโนน้อม	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอหนองแค	0894165734	ruamramis6@gmail.com		[illegible]
40	นางอาภรณ์ เลยไธสง	รพ.หนองแค	098-2561139			อาภรณ์

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงาน

โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ระหว่างวันที่ 20-21 เดือน กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.30 - 17.00 น. น. ณ ห้องประชุมบ้านไร่สมเกียรติโฮมสเตย์ อำเภอหนองย่างเสือ จังหวัดสระบุรี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	e-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
41	นางประนอม งามนัก	รพ.หนองแค	085-9936641		-	ประนอม
42	นางสาวศิริลักษณ์ นามพะภา	นักวิชาการสาธาณสุข รพ.หนองแค	090-4504245	maysirilak27@gmail.com	-	ศิริลักษณ์
43	นางอุบลรัตน์ชื่นสมานศรี	รพ.หนองแค	087-4549415	kamtrchuensamarn sri@gm	-	
44	น.ส.วรารัตน์ เพ็งรุ่ง	เจ้าหน้าธุรการ node flagship สระบุรี	099-3406690	wara saraburi@gmail.com	-	วรารัตน์
45	นายพัสกร สงวนชาติ	ผอ. รพสต.หินซ้อน	081-9484442	Pat sarkorn 1@gmail.com		
46	นายมานพ ทองตัน	ผู้ช่วยสาธาณสุขอำเภอแก่งคอย				
47	นายประพนธ์ เป้าทอง	รองประธาน กมป. เขต พื้นที่ 4	081-8472579	prapanpo@scg.com		
48	นายจำนงค์ จันทา	24/2 ม.1 ต.ชะอมเตาอ. เมือง	092 383 9815	Rewily@gmail.com		
49	นายวิสุทธิ์ สุกรินทร์	สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี	082-3560010			
50	น.ส.ธรณี นวนุตร	ผช.นักวิเคราะห์ สปท. ฝ่ายอ				ธรณี.

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงาน

โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ระหว่างวันที่ 20-21 เดือน กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.30 - 17.00 น. น. ณ ห้องประชุมบ้านไร่สมเกียรติโฮมสเตย์ อำเภอหนองย่างเสือ จังหวัดสระบุรี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	e-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	แก้วตา [illegible]	สอบต	0963690445			แก้วตา
	น.ส.จุฑามาศ สิมาชื่น	นปภ.จังหวัด	0982903194			จุฑามาศ
	นส.จุฑามาศ [illegible]	ผอ.กองสวัสดิการสังคม	086-1245908			[illegible]
	นายแปลก เทพรักษ์	นายอำเภอหนองแค	081-8675103			[illegible]
	นาง [illegible] เทพรักษ์	กชาด อ.หนองแค.	049-426923			[illegible]
	นายชนงศักดิ์ สิงห์วงษ์	ประธาน สภาอบต หนองโน	097-3719624			[illegible]
	นายปรัชญ์ [illegible]	ผอ.รพ.สต.หนองนาก.	093-5816909			[illegible]
	นางสิริวรรณ พงษ์พงษ์	หัวหน้าสำนัก อบต.หนองแขม	0849089952			[illegible]
	นราพงศ์ เจริญ	ผอ.กองสาธารณสุข	0811179544	narths@hotmail.co.th		[illegible]
	น.ส.เนียงทัย ป้อมสุข	นักทรัพยากรบุคคล	082-2344930			เนียงทัย

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงาน

โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ระหว่างวันที่ 20-21 เดือน กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.30 - 17.00 น. ณ ห้องประชุมไร่สมเกียรติโฮมสเตย์ อำเภอหนองย่างเสือ จังหวัดสระบุรี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	e-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	น.ส. วรรณดา พุทธชัย		0863744373			วรรณดา

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. ปรียาภรณ์ แสงสุก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1190500052066
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 1/3 ม.1 ต.หนองจิก อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ปรียาภรณ์
(น.ส.ปรียาภรณ์ แสงสุก)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นายถาวร สินราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3400100543071
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 27 ม.2 ต.ห้วยสมิน อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐**ค่าตอบแทน**.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐**ค่าใช้จ่ายอื่นๆ**.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายถาวร สินราช)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นส. ศิรประภา วงศ์ปัง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251000351887
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 161 ม.4 ต. คลองทับจันทร์ อ. อรัญประเทศ จ. สระแก้ว
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ หนองแค จังหวัด สระบุรี	.....
	ถึง อำเภอ มวกเหล็ก จังหวัด สระบุรี ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์ กท 8066	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ศิรประภา
(นางสาวศิรประภา วงศ์ปัง)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางปิโอนร ศุรโทย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 1903 00016 881
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 23 ม.6 ต.กุมพัก อ.หนองแค จ.สระบุรี 18140
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางปิโอนร ศุรโทย์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. ณัฏฐ์ชุภา ศรีไสย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 1409 00220 469
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 5/2 ซ.เสมอสัมพันธ์ ต.หนองแค อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(น.ส. ณัฏฐ์ชุภา ศรีไสย์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นาง ถนิมลักษมี จิตรอาชีย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 2507 00094 559
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 41/1 หมู่ 7 ต.ท่ามะหาด อ.ทุ่งนาเลา จ.สุราษฎร์
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นาง ถนิมลักษมี จิตรอาชีย์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. ลัดพางพ์ โรจน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 11999 00219 519
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 6 ม. 11 ต.โคกแย้ อ.นองหด จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน .....
(ลัดพางพ์ โรจน์) (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางสุนิศา หนูสัง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460700288610
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 99/31 หมู่ 8 ต.มิตรภาพ อ.บวกเพ็ก จ.สระแก้ว
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสุนิศา หนูสัง) (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นายกาสร กะจิวทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1160100157203
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 129/1 ม.6 ต.ห้วยพ่น อ.ชัยบาดาล จ.ลพบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายกาสร กะจิวทอง)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส.นองเทียน ลิ้วนา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 1901 00465 149
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 27 หมู่ที่ 8 ต.ชัวลอย อ.แม่องแค จ.สระบุรี 18230
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(น.ส.นองเทียน ลิ้วนา)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. สุกัญญา แนตรสุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1 1999 99 019 53 3
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 1/2 ม.7 ต.หนองจิก อ.หนองนด จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน สุกัญญา แนตรสุวรรณ
(น.ส.สุกัญญา แนตรสุวรรณ)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. นิตาลิ้ง เอี่ยมสำราญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 1997 00074357
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 20/154 อ. เมืองเก่า จ. สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(น.ส. นิตาลิ้ง เอี่ยมสำราญ)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางสาวพรนัชชา ดาวเรืองเลขบัตรประจำตัวประชาชน 1199700001960
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 19 ม.14 ต.โคกแย้ อ.ทุ่งหลวง จ.สิงห์บุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางสาวพรนัชชา ดาวเรือง)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส.ธนวรรณ ศิทธิภาศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190300622507
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 6/2 หมู่ 8 ต.หนองปรือ อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวธนวรรณ ศิทธิภาศ์) (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส.นงนภัส ปราฏฐวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1199900409741
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 4/1 ถ.เพลินพลา ต.ปากเพรียว อ.เมือง จ.สระบุรี 18000
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(น.ส.นงนภัส ปราฏฐวงศ์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. น้ำฝน คำฆุ่ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 1903 00100 276
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 163 ม.2 ต. คชสิทธิ์ อ. หนองแค จ. สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน น้ำฝน คำฆุ่ม
(นางสาว น้ำฝน คำฆุ่ม)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. อัจฉราวรรณ์ ดวงสมนึก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5 1909 00830 52 4
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 37. ม.11. ต.ศรีสำโรง อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน อัจฉราวรรณ์ ดวงสมนึก
(น.ส. อัจฉราวรรณ์ ดวงสมนึก)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางมัลลิกา มกุอ้วน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 1903 00112 771
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 83/1 หมู่ที่ 8 ต.ดอนศรี อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางมัลลิกา มกุอ้วน)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. มารินทร์ วงศ์ลิ้ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1-1409-00050-20-6
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 9809 ม.2 ต. ม้วลอง อ. หนองหด จ. สระบุรี.
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาว มารินทร์ วงศ์ลิ้ม) (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นายศิรติ สุภารังษี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3500400430701
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 120/3 หมู่ 3 ต.หมวดหมู่ก อ.มาดูเหลก อ.ลิตบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ **ค่าตอบแทน**.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ **ค่าใช้จ่ายอื่นๆ**.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายศิรติ สุภารังษี)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า จ่าเอกไพฑูรย์ อ่อนศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190300193851
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 29/2 ม.1 ต.หนองปลาหมอ อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(ไพฑูรย์ อ่อนศรี)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางสาวหญิงรุ่งทิพย์ อินต๊ะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401100126156
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 88/34 ม.7 ต.ท้ายทาน อ.หนองหอย จ.เชียงใหม่
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางสาวหญิงรุ่ง อินต๊ะ)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นายมนัส กงศักดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3340100472879
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 54 ม.6 ต. คันธารราษฎร์ อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายมนัส กงศักดิ์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางนันทกา สุขโรจน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3-1601-00055-73-1
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 64/193 ม.3 ต.โคกแย้ อ.เมืองนค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางนันทกา สุขโรจน์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า ทวศิลป์ อรรถชิตพนิต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 1404 00070 82 0
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 141/3 ม.4 ต.ม้านลำ อ.กิ่งอาง จ.ชัยนาท
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(ทวศิลป์ อรรถชิตพนิต)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางจิตภา ภูทิพยวงษา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3199700071009
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 15 ซ.สายธูป 1 ต.หนองแค อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางจิตภา ภูทิพยวงษา)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิรินนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นส. ภาณุมาศ กองวิจิตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1460300029726
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 4 ตรอกโรงพยาบาลบางคอแหลม แขวงบางคอแหลม เขตบางคอแหลม กทม.
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน .....
(นส. ภาณุมาศ กองวิจิตร) (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นายทัมปนาท ระวังพันธุ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3200101239130
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 239/1 ม.4 ต.พุแค อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(ทัมปนาท ระวังพันธุ์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นาง พาณิภัค บุญญเธ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530300340441
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 44/9 ม.1 ต.ห้วยทราย อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	ค่าเดินทาง ☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด..... ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ ..... ☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	....200..... ....
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน พาณิภัค บุญญเธ
(นางพาณิภัค บุญญเธ)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. ภาณิชา พานิชย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1320700204484
ที่อยู่ 111 ม.12 หนึ่งตองนิลมิลิเนียม ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ เมือง จังหวัด นนทบุรี	.....
	ถึง อำเภอ มวกเหล็ก จังหวัด สระบุรี ระยะทาง 140 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	1120
	ทะเบียนรถยนต์	
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (หนึ่งพันหนึ่งร้อยยี่สิบบาทถ้วน)	1120

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ภาณิชา
(นางสาวภาณิชา พานิชย์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นาย สรพงษ์ มาจำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190300521102
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 5 ม.9 ต.หนองไข่น้ำ อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
( )

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นายคงฤทธิ์ ศรีเมฆ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190300443736
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 3/2 ม.4 ตำบลงิ้ว อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายคงฤทธิ์ ศรีเมฆ)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นายชาม มะโนน้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190200430659
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ.ม.5 ต. หนองปลาหะ อ. หนองแค จ. สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายชาม มะโนน้อย)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นาง อาภรณ์ เลขไธสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3300400370971
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 112 ม.1 ต.บ้านเก่า อ.ท่าหุ่นหาด จ.นครราชสีมา
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน อาภรณ์ เลขไธสง
(นาง อาภรณ์ เลขไธสง)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นาง ประนอม งามหนัก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3130400232042
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 15 ม.2 ต.กุมพัก อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ประนอม งามหนัก
(นางประนอม งามหนัก)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. ศิริลักษณ์ นามพะธา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1 4410 00058 82 9
ที่อยู่ 43 ม.1 ต.หัวดง อ.นาดูน จ.มหาสารคาม 44180
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน วิทยากรกลุ่ม	2000
	ค่าเดินทาง ☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด..... ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ ..... ☑ค่าเดินทางรถ โดยสาร จาก บ้านพัก ถึง ที่ประชุม (ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	200
	☐**ค่าใช้จ่ายอื่นๆ**.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)	2200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ศิริลักษณ์ นามพะธา
(นางสาว ศิริลักษณ์ นามพะธา)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางอุบลรัตน์ ชื่นสวนศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 1910 00002 750
ที่อยู่ 24/2 ม.2 ถนนเอกชัย ต.เวียง อ.เมือง จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน วิทยากรกลุ่ม	2,000
	ค่าเดินทาง ☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด..... ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ ..... ☑ค่าเดินทางรถ โดยสาร จาก บ้านพัก ถึง ที่ประชุม (ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	200
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)	2,200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางอุบลรัตน์ ชื่นสวนศรี)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า ลดาวัลย์ เพ็งรุ่ง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1490600057557
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 27 ม.5 ต.โดกใหญ่ อ.บ้านหมอ จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ลดาวัลย์
(นางสาวลดาวัลย์ เพ็งรุ่ง)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

/

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นาย พัชกร สงวนชาติ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190900040031
ที่อยู่ 11 ม.5 ต.หนองหก อ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ ไทยสาร จาก บ้านพัก ถึง ที่ประชุม (ไป-กลับ)	200
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (สองร้อยบาทถ้วน)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(พัชกร สงวนชาติ)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางสาวพรอำไพ เปาทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3929900162524
ที่อยู่ 6 ม.เหล่าทอง ต.แม่ออน อ.แม่ออน จ.เชียงใหม่
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ โดยสาร จาก ที่พัก ถึง ประชุม (ไป-กลับ)	200
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (สองร้อยบาทถ้วน)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางสาวพรอำไพ เปาทอง)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางสาวสิริมนต์ จันทร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190300343764
ที่อยู่ 22/2 ม.15 ต.พรหมทอง อ.เมืองสิงห์ จ.สิงห์บุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ **ค่าตอบแทน** วิทยากร กลุ่ม	2000
	ค่าเดินทาง	
	☐ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด	
	ถึง อำเภอ ..... จังหวัด ..... ระยะทาง ..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	
	ทะเบียนรถยนต์ ขก 1832 สิงห์บุรี	
	☑ ค่าเดินทางรถ โดยสาร จาก เมืองสิงห์ ถึง ที่ประชุม (ไป-กลับ)	200
	☐ ค่าเดินทางรถ ..... จาก ..... ถึง ..... (ไป-กลับ)	
	☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน	
	☐ อื่นๆ	
	☐ **ค่าใช้จ่ายอื่นๆ**	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	.....(.....).....
	ตัวอักษร (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)	2200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ จันทร)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นายวิสุทธิ์ สุกรินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3100900079322
ที่อยู่ 30/1 ม.2 ต.ท่าช้าง อ.เขาไร้ จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ ค่าตอบแทน วิทยากรบรรยาย	3600
	ค่าเดินทาง	
	☐ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด	
	ถึง อำเภอ ..... จังหวัด ..... ระยะทาง ..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ ค่าเดินทางรถ โดยสาร จาก บ้านพัก ถึง ที่ประชุม (ไป-กลับ)	200
	☐ ค่าเดินทางรถ ..... จาก ..... ถึง ..... (ไป-กลับ)	
	☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน	
	☐ อื่นๆ	
	☐ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	(.....)
	ตัวอักษร (สามพันเปดร้อยบาทถ้วน)	3400

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายวิสุทธิ์ สุกรินทร์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. สิรินี นวบุตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1199900137954
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 13 ม. 6 ต. โคกตูม อ. ทองแท่น จ. สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน สิรินี
(น.ส. สิรินี นวบุตร.)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นาง แก้วตา ขำอินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190300459614
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 4/2 ม.7 ต. ห้วยทราย อ.เมืองแก จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน แก้วตา ขำอินทร์ ..... ผู้จ่ายเงิน .....
(นางแก้วตา ขำอินทร์) (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า น.ส. จุฑามาศ สัมมาชีพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1160100365130
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 12 ม. 2 ต.หนองปลิง อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน .....
(น.ส.จุฑามาศ สัมมาชีพ) (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางจุฑามาศ ธายพุทร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190300604911
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 16 ม.4 ทุ่งมะปริง อ.ทุ่งแต้ จ.สุราษฎร์
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางจุฑามาศ ธายพุทร)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นาย แปลก เทพรักษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3100100213801
ที่อยู่ เลข 1 ตำบลสรวง อ.วิหารแดง จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ โดยสาร จาก บ้านพัก ถึง ศิปประชุม (ไป-กลับ)	200
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (สองร้อยบาทถ้วน)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน .....
( ) (นางสาวสิรินนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นายทนงศักดิ์ สิงห์วงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310600736255
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 57/45 ม.4 ต.ห้วยขมิ้น อ.หนองแค จ.สระบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน .....
(นายทนงศักดิ์ สิงห์วงษ์) (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นาย ประจักษ์ จันทรเสนา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3199400054794
ที่อยู่ 57/64 ม.4 ต.หัวยขมิ้น อ.แสงงาม จ.สิงห์บุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ ค่าตอบแทน วิทยากรกลุ่ม	2000
	ค่าเดินทาง	
	☐ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด	
	ถึง อำเภอ ..... จังหวัด ..... ระยะทาง ..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ ค่าเดินทางรถ โดยสาร จาก บ้านพัก ถึง ที่ประชุม (ไป-กลับ)	200
	☐ ค่าเดินทางรถ ..... จาก ..... ถึง ..... (ไป-กลับ)	
	☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน	
	☐ อื่นๆ	
	☐ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	(.....)
	ตัวอักษร (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)	2200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
( )

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นางสิริวรรณ พวงแพง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 1905 00165 002
ที่อยู่ตามบัตรประชาชน 239/106 ม.3 ต.สำพักงู อ.เมือง จ.ปทุมธานี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☑ค่าเดินทางรถ.....โดยสาร.....จาก.....บ้านพัก.....ถึง.....ที่ประชุม.....(ไป-กลับ)	.....200.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สองร้อยบาทถ้วน.....)	.....200.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางสิริวรรณ พวงแพง)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563

ข้าพเจ้า นส. วรรณลดา บุพิศิริ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100030573
ที่อยู่ 15 ม.5 ต.หนองสี อ.หนองสี จ.บุรีรัมย์
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ ค่าตอบแทน ผู้ประสานงานการประชุม	1,000
	ค่าเดินทาง ☐ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด ..... ถึง อำเภอ ..... จังหวัด ..... ระยะทาง ..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ ..... ☐ ค่าเดินทางรถ ..... จาก ..... ถึง ..... (ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางรถ ..... จาก ..... ถึง ..... (ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน ..... ☐ อื่นๆ	
	☐ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันบาทถ้วน)	1,000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน วรรณลดา
(นางสาววรรณลดา บุพิศิริ)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บ้านไร่สมเกียรติ โฮมสเตย์
248 หมู่ 2 ต.หนองย่างเสือ อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี 18180
โทร. 081-8317361 แฟกซ์ 036-721849
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1409900930040

เล่มที่ BOOK NO. | เลขที่ BILL NO.

บิลเงินสด
CASH SALE 現兌單 CASH SALE

นาม 賓號 CUSTOMER กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
วันที่ 日期 DATE
ที่อยู่ 住址 ADDRESS 99/1 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาพ ของงานอนุพลี ถนนพระรามที่ 4 แขวงต่วมหาเมฆ เขตสาทร กทม.
เลขประจำตัวประชาชน IDENTIFICATION NO.
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร TAX IDENTIFICATION NO. 0994000005372

จำนวน QUANTITY 數量	รายการ DESCRIPTION 貨名	หน่วยละ UNIT PRICE 備註	จำนวนเงิน AMOUNT 銀額	
	- ค่าห้องพัก 1 คืน X 800 บาท X 25 ห้อง		20,000	-
	จำนวน 50 คน			
บาท BAHT 銖	สองหมื่นบาทถ้วน	รวมเงิน TOTAL 共銀	20,000	-

ผู้รับเงิน 收貨人 COLLECTOR

11	นายกีรติ สุภารังษี	น้ำดอกไม้	3	20-ก.พ.-63	21-ก.
	จ่าเอกไพฑูรย์ อ่อนศรี			20-ก.พ.-63	21-ก.
12	นางนันทกา สุขโรจน์	บ้านจันผา	1	20-ก.พ.-63	21-ก.
	นางสุมีนา อรรถชัยพานิช			20-ก.พ.-63	21-ก.
13	นางจิดาภา ภูทิพยวงษา	บ้านจันผา		20-ก.พ.-63	
	น.ส.ภาณุมาศ ดอนวิจิตร				

บ้านไร่สมเกียรติ โฮมสเตย์
248 หมู่ 2 ต.หนองย่างเสือ อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี 18180
โทร. 081-8317361 แฟกซ์ 036-721849
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1409900930040

เล่มที่ BOOK NO. 1

เลขที่ BILL NO. 1083

บิลเงินสด
CASH SALE 現兌單 CASH SALE

นาม 賓號 CUSTOMER กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

วันที่ 日期 DATE

ที่อยู่ 住址 ADDRESS อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยอามดูพลี ถนนพระราม 4 แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กทม.

เลขประจำตัวประชาชน IDENTIFICATION NO.

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร TAX IDENTIFICATION NO. 0994000005377

จำนวน QUANTITY 數量	รายการ DESCRIPTION 貨名	หน่วยละ UNIT PRICE 備註	จำนวนเงิน AMOUNT 銀額	
	- ค่าอาหาร จำนวน 50 คน X 3 มื้อ ๆ 150 บาท		22,500	-
	- อาหารว่างและเครื่องดื่ม 50 คน X 4 มื้อ ๆ 50 บาท		10,000	-
บาท BAHT 銖	สามหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน TOTAL 共銀	32500	—

ผู้รับเงิน 收貨人 COLLECTOR

เล็กก๊อปง
เลขที่ 171 ถ.เศรษฐสัมพันธ์ ต.หนองแค
อ.หนองแค จ.สระบุรี 18140
ฟาก์ซ: 036-380790 มือถือ: 098-132-8978
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3190300394482

บิลเงินสด
CASH SALES

เล่มที่ BOOK NO. 07

เลขที่ BILL NO. 65

วันที่ DATE : 18 / 2 / 63

นามลูกค้า CUSTOMER : ในนามกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คลัง อาคาร ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ ของกรมอนามัย ถนนพระราม 4 ทุ่งพญาไท

เลขประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร : 0994000005377

ที่อยู่ ADDRESS : เขตราชเทวี กทม.

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT บาท/Baht	ส.ต./Stg.
5240	-ค่าถ่ายเอกสาร	0.50	2,620	-
	- สองพันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน -	รวมเงิน TOTAL	2,620	-

ผู้รับเงิน RECEIVED BY : ลิไลอรเน ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ

Elephant Brand

เล่มที่ 202

ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 10090

ห้างหุ้นส่วนสามัญ โอเอสพาณิช

เลขที่ 87/8-9 ถนนเศรษฐสัมพันธ์ ตำบลหนองแค อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี 18140

โทร. 036-380220, 036-663165 โทรสาร. 036-663165

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร **0992002427633**

วันที่ 18/2/63

นามลูกค้า กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ที่อยู่ 99/8 อาคารศูนย์พันธุ์สุขภาพ ธนาคารออมสิน ถนนพระราม 4

แขวงทุ่งมหาเมฆ กทม. เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377

จำนวน	รายการ	หน่วยละ		จำนวนเงิน	
2 ม้วน	เทปผ้า 36x10	35.	-	70.	-
-เจ็ดสิบบาทถ้วน-		รวมเงิน (บาท)		-70.	-

ผู้รับเงิน

เล่มที่ 202 **ใบเสร็จรับเงิน** เลขที่ 10084

ห้างหุ้นส่วนสามัญ โอเอสพาณิช

เลขที่ 87/8-9 ถนนเศรษฐสัมพันธ์ ตำบลหนองแค อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี 18140

โทร. 036-380220, 036-663165 โทรสาร. 036-663165

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0992002427633

วันที่ 18 ก.พ. 67

นามลูกค้า กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ที่อยู่ 99/8 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยวามดูพลี ถนนพระราม 4 แขวงทุ่งมหาเมฆ

เขตสาทร กทม. เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005777

จำนวน	รายการ	หน่วยละ		จำนวนเงิน	
1 แพค	กระดาษทำสำเนา A4	280		280	-
สองร้อยแปดสิบบาทถ้วน			รวมเงิน (บาท)	280	-

ผู้รับเงิน วิชาญ

เล่มที่ 202

ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 10080

ห้างหุ้นส่วนสามัญ โอเอสพาณิช

เลขที่ 87/8-9 ถนนเศรษฐสัมพันธ์ ตำบลหนองแค อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี 18140

โทร. 036-380220, 036-663165 โทรสาร. 036-663165

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0992002427633

วันที่ 19/02/63

นามลูกค้า กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ที่อยู่ 99/8 อาคารศูนย์นิยมรู้สุขภาพ ซอยวานิชพลี่ ถนนพระราม 4 แขวงทุ่งมหาเมฆ

เขตสาทร กทม. เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377

จำนวน	รายการ	หน่วยละ		จำนวนเงิน	
10 ผ.	กระดาษสร้างแบบ หม่น	3		30	—
— สามสิบบาทถ้วน —		รวมเงิน (บาท)		-30	

ผู้รับเงิน ชลิตาภรณ์