

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๕2-00-1490

วันที่ 25 มิ.ย. 2563

ข้าพเจ้า นาย ศิริวรรณ สือเกียรติก้อง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401600002464
ที่อยู่ 296 ม.14 ต.เวียงใหม่ อ.จันทบุรี จ.นครราชสีมา

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพฯ และพัฒนาอภิบาลสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

| ลำดับ | รายการ | จำนวนเงิน |
|-------|--|-------------------|
| | <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... | |
| | ค่าเดินทาง <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ.....จังหวัด..... ถึง อำเภอ.....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์..... <input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ ประจําทาง จาก บ้านพัก ถึง สสอ.ศรีบุญเรือง (ไป-กลับ) 200 <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |
| | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ..... | |
| | หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%..... |(.....)..... |
| | ตัวอักษร (สองร้อยบาทถ้วน) | 200 |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสอ.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
(นางศิริวรรณ สือเกียรติก้อง)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)