

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๘2-00-1490

วันที่ 25 มิ.ย. 2563

ข้าพเจ้า น.ร.อมรรัตน์ ไร่ย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1361200804811

ที่อยู่ 66 หมู่ 4 ถนนองคิณแถว อ.ศรีบุญเรือง จ.หนองบัวลำภู

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ 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 บ้านม่วง ถึง อ.ศรีบุญเรือง (ไป-กลับ)	.....
	<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 (.....)	.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
(อมรรัตน์ ไร่ย์)

ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)