

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 25 มิ.ย. 2563

ข้าพเจ้า น.ส. พัชรภรณ์ พลชอบ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1390400038655

ที่อยู่ 16/1 ซ. ๒ ต. ทรายทอง อ. ศรีมุกดา ร้อย จ. นครราชสีมา

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพฯ และพัฒนาภูมิสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

| ลำดับ | รายการ | จำนวนเงิน |
|-------|---|--------------|
| | <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... | |
| | <p>ค่าเดินทาง</p> <p><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ จังหวัด.....</p> <p>ถึง อำเภอ จังหวัด..... ระยะทาง..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว</p> <p>ทะเบียนรถยนต์</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ <u>ประจำทาง</u> จาก <u>บ้านนา</u> ถึง <u>รพ. ศรีมุกดา</u> (ไป-กลับ) 200</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> | |
| | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ..... | |
| | หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%..... |(.....) |
| | ตัวอักษร (<u>= ๖๐๐ บาท</u>) | 200 |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน พัชรภรณ์ พลชอบ

ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวพัชรภรณ์ พลชอบ)

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)