

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๕2-00-1490

วันที่ 25 มิ.ย. 2563

ข้าพเจ้า น.ส. อรุณรัตน์ ทอดดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3420100254811

ที่อยู่ 69/3 ม. 13 ต. ด่านช้าง อ. หาดหลวง จ. นครศรีธรรมราช

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพพระดั้นพื้นที่ 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 <u>ประจําหมู่บ้าน</u> จาก <u>บ้านพัก</u> ถึง <u>สวอ.ศรีมหาโพธิ์</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<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 (..... <u>= สวอ.รัตนพนท.ภ.๒</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน อรุณรัตน์ ทอดดี
(น.ส.อรุณรัตน์ ทอดดี)

ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)