

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๕2-00-1490

วันที่ .....

ข้าพเจ้า นางนิภารัตน์ เทียมทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 341300180901

ที่อยู่ 171 ม. 13 ต. เมืองใหม่ อ. ไร่ยวดี ร. นครราชสีมา

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 099400005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนาคุณภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน.....	.....
	<p><b>ค่าเดินทาง</b></p> <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ ..... จังหวัด..... ระยะทาง..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์ .....	.....
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ <u>ปร. อ่าง</u> จาก <u>เมืองใหม่</u> ถึง <u>อ. ไร่ยวดี</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>๒๕๖๕๐๒/๒๒๒๒</u> )	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน (นางนิภารัตน์ เทียมทอง)

ผู้จ่ายเงิน (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)