

## ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ .....

ข้าพเจ้า น.ส. สุภาพร ทมช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1411300135047ที่อยู่ 4 ม. 10 ต.หนองบก อ. ศรีมณเฑียร จ. นครราชสีมา

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 099400005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพฯ และพัฒนาคลินิกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

| ลำดับ | รายการ   | จำนวนเงิน         |
|-------|--|-------------------|
|       | <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน.....  | .....             |
|       | ค่าเดินทาง<br><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด.....<br>ถึง อำเภอ ..... จังหวัด..... ระยะทาง..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว<br>ทะเบียนรถยนต์ ..... | .....             |
|       | <input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ <u>ประจำทาง</u> จาก <u>บ้านพัก</u> ถึง <u>สสอ. ศรีมณเฑียร</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>= สองร้อยบาทถ้วน =</u> .....)   | <u>200</u>        |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุน  
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ส.สุภาพร .....

(น.ส. สุภาพร ทมช )

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)