

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๘2-00-1490

วันที่ 16 ต.ค. 63

ข้าพเจ้า นาง. พิษณุมาณี จันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 349900066881

ที่อยู่ 108/125 หมู่ 11 ต. ๕๑๐๓ อ. เมือง ๕๖๐๓๖ จ. น.ง.ย.ม.บ.

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาเอกลักษณ์สุขภาพระดับพื้นที่ 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 type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ <u>ค่าอาหารว่าง 55 คน x 50 บาท x 2 มื้อ</u>	<u>5,500.-</u>
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (<u>= นักพัฒนาสุขภาพ</u>)	<u>5,500.-</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน นาง. พิษณุมาณี จันทร์
 (นาง. พิษณุมาณี จันทร์)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)