

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 15 กรกฎาคม 2563

ข้าพเจ้า ดร. จันทราภรณ์ พงษ์คุณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 9470800081915

ที่อยู่ รพ. สส. โพนทอง ๓-ศิริรังษี อ.พานิชย์ จ.ลพบุรี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ 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>โดยรถ</u> จาก <u>บ้านพัก</u> ถึง <u>รพ.พานิชย์</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>สี่ร้อยบาทถ้วน</u> .....)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ดร. จันทราภรณ์ พงษ์คุณ

ผู้จ่ายเงิน .....

( ดร. จันทราภรณ์ พงษ์คุณ )

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)