

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๑2-00-1490

วันที่ 18 สิงหาคม ๒๕๖3

ข้าพเจ้า นางสาวอรุณรัตน์ ๓๐ริยะทวีพงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 31303 00202 214


ที่อยู่ 40/35 หมู่ 3 ต.เมืองวิเศษ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0924000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน วิทยากร 2 ชม. X ๖๐๐ - บาท	1,๒๐๐ -
	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 type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (..... ๒ หมื่น หนึ่งร้อย บาทถ้วน.....)	1,๒๐๐ -

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน   
 (นางสาวอรุณรัตน์ ๓๐ริยะทวีพงษ์)

ผู้จ่ายเงิน .....  
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)