

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๘2-00-1490

วันที่ 18 สิงหาคม ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า นางปัญญาภาณี ตั้งเสถียร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3101401865686

ที่อยู่ 108/93 หมู่ 11 ต.วัดศรี อ.สีคิ้ว จ.นครราชสีมา

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

| ลำดับ | รายการ   | จำนวนเงิน |
|-------|--|-----------|
|       | <input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน <u>ผู้ช่วยจัดประชุม</u>  | 500       |
|       | ค่าเดินทาง<br><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด.....<br>ถึง อำเภอ ..... จังหวัด..... ระยะทาง..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว<br>ทะเบียนรถยนต์ .....<br><input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |           |
|       | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....  |           |
|       | หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....  | (.....)   |
|       | ตัวอักษร ( <u> &gt; ผู้ช่วยสุขภาพ ๒</u> )  | 500       |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....

ผู้จ่ายเงิน .....