

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๑2-00-1490

วันที่ 18 สิงหาคม ๒5๖3

ข้าพเจ้า นาย ชลนิตา ๑๙๘๖๒๖๓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 34302 00736 613

ที่อยู่ 408/113 หมู่ที่ 11 ต. ๕๗๓๓ อ. ๘๖๐๖ จ. ๒๕๖๐๗๒

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนาวิถีสุขภาพระดับพื้นที่ 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 type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ค่าอาหารกลางวัน 120 คน x 120 บาท x 1 1/2	14,400.-
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....
	ตัวอักษร (= หมื่นสี่พันสี่ร้อยบาทถ้วน)	14,400.-

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน - ชลนิตา ๑๙๘๖๒๖๓

ผู้จ่ายเงิน

()

(นางสาวสิรินต์ ชีวะอิสระกุล)