

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490  
วันที่ 18 ต.ค. 63

ข้าพเจ้า นางวิภากร ศรีเขตถน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 430100427082  
ที่อยู่ 427 ม.9 ต.โพธิ์ 0.1809 อ.หนอง

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)  
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ 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>จักรยาน</u> จาก <u>บ้านพัก</u> ถึง <u>ศูนย์ควบคุมฯ มช</u> (ไป-กลับ)	100.-
	<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>หนึ่งร้อยบาทถ้วน</u> )	100.-

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....  
(นาง วิภากร ศรีเขตถน)

ผู้จ่ายเงิน .....  
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)