

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๑2-00-1490

วันที่ 18 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นางพัชรีพร พรพงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3๗3๐1๐๐225595

ที่อยู่ 75 หมู่ 9 ซ.พชร ๑ อ.วังน้ำเย็น จ.พิจิตร ๐.1๕๐๖ ๐.๒๕๐๖๓๕

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพระดับพื้นที่ 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>๑๐๕๙5</u> จาก <u>วังน้ำเย็น</u> ถึง <u>อ.วังน้ำเย็น</u> (ไป-กลับ)	<u>100-</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>๒๕๖๓๐๘๑๘</u>)	<u>100-</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน นางพัชรีพร พรพงศ์

ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)