

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๕2-00-1490

วันที่ 18 มี.ค. ๖5

ข้าพเจ้า นางจิ่งทก มีดีหม่อมวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 430200432514

ที่อยู่ 625 หมู่ 9 ต. มนุษย์รัก ต. พืชชุม อ. ไร่ยา จ. นครนายก (จ. นครนายก)

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคลัสเตอร์ระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

| ลำดับ | รายการ   | จำนวนเงิน  |
|-------|--|------------|
|       | <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน.....  |            |
|       | ค่าเดินทาง<br><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด.....<br>ถึง อำเภอ ..... จังหวัด..... ระยะทาง..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว<br>ทะเบียนรถยนต์ ..... |            |
|       | <input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ <u>โดยสาร</u> จาก <u>บ้านเพา</u> ถึง <u>ตลาดเทศบาลนครนายก</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>= น.จิ่งทก มีดีหม่อมวงศ์</u> )   | <u>100</u> |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน นางจิ่งทก มีดีหม่อมวงศ์

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)