

สรุปการใช้เงิน (เขต 10)

กิจกรรม.....ประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการจัดทำแผนการพัฒนาโครงการ.....

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่

วันที่...8 สิงหาคม 2563.... สถานที่... ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร...

1	ค่าตอบแทน	10,000
1.1	วิทยากร	
1.2	ผู้ช่วยวิทยากร	
1.3	คณะทำงาน 10 คน x 1,000 บาท	10,000
1.4	พี่เลี้ยงโครงการ	
1.5	เจ้าหน้าที่จัดประชุม	
1.6	ประสานงาน	
2	ค่าวัสดุ	
2.1		
3	ค่าเดินทาง	640
3.1	ค่าเดินทางวิทยากร	
3.2	ค่าเดินทางคณะทำงาน	640
3.3	ค่าเดินทางพี่เลี้ยงโครงการ	
3.4	ค่าเดินทางผู้เข้าร่วมประชุม	
3.5	ค่าเช่ารถ	
3.6	ค่าน้ำมันรถ	
3.7	อื่นๆ	
4	ค่าใช้จ่าย	5,000
4.1	ค่าที่พัก	
4.2	ค่าอาหาร (20 คน x 150 บาท) + (20 คน x 50 บาท x 2 มื้อ)	5,000
4.3	ค่าห้องประชุม	
4.4	ค่าถ่ายเอกสาร	
4.5	ค่าจ้าง	
4.6	อื่นๆ	
5	ค่าสาธารณูปโภค	
5.1	โทรศัพท์	
5.2	ไปรษณีย์	
5.3	อื่นๆ	
	รวม (ตัวอักษร) หนึ่งหมื่นห้าพันหกร้อยสี่สิบบาทถ้วน	15,640

หมายเหตุ เบิกจ่ายจากงบประมาณหมวด.....

โครงการ บูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่

สัญญาเลขที่ ...62-00-1490.....ระยะเวลาดำเนินงาน ตั้งแต่ 5 สิงหาคม 2562 ถึง 31 กรกฎาคม 2564

แบบแจกแจงรายจ่าย รายการกิจกรรม กิจกรรม....ประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการจัดทำแผนการพัฒนาโครงการ...

ประจำเดือน.....8 สิงหาคม 2563.....

หมวดค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน(บาท)
ค่าจ้าง	
ค่าตอบแทน	10,0000
ค่าใช้สอย	5,640
ค่าวัสดุ	
สาธารณูปโภค	
อื่น (ระบุ)	
รวมทั้งสิ้น	15,640

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า...นางสาวดวงมณี นารีนุช..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน...1 4901 00096 55 1.....
 ที่อยู่...112 หมู่ที่ 12 ตำบลนาโสก อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร
 ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
 โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... กทม. ก้าว.....	1000
	ค่าเดินทาง <input checked="" type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ เมือง..... จังหวัด..... มุกดาหาร..... ถึง อำเภอ..... จังหวัด..... ระยะทาง..... 80..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์..... กม 1365..... <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางเหมาจ่าย <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	640
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร(..... หนึ่งพันหกสิบลบาทถ้วน.....)	1640

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นางสาวดวงมณี นารีนุช)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 1 4901 00096 55 1
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. ดวงมณี นารีนุช
 Name Miss Duangmanee
 Last name Nareenuch
 เกิดวันที่ 24 ส.ค. 2530
 Date of Birth 24 Aug. 1987
 ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 112 หมู่ที่ 12 ต.นาโสก อ.เมืองพิจิตร
 จ.พิจิตร
 9 พ.ค. 2557
 วันออกบัตร 9 Jul. 2014
 Date of Issue


 (นางดวงมณี นารีนุช)
 เจ้าพนักงานออกบัตร

23 ส.ค. 2565
 วันบัตรหมดอายุ 23 Aug. 2022
 Date of Expiry

3401-02-07091327



สำหรับใช้ประกอบการเบิกเงินโครงการบูรณาการฯ 1
 บาท เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง


ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า...นายพรินทร์ ยืนยาว..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน...3 3407 00268 81 4.....

ที่อยู่.188/1 หมู่ที่ 2 ตำบลโพรงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัด อุบลราชธานี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.099400005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... <u>ปรึกษา</u>	<u>1000</u>
	<p>ค่าเดินทาง</p> <p><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ จังหวัด.....</p> <p>ถึง อำเภอ จังหวัด..... ระยะทาง..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว</p> <p>ทะเบียนรถยนต์</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าเดินทางเหมาจ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p>	
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร(..... <u>หนึ่งพันบาทถ้วน</u>)	<u>1000</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน 
(นายพรินทร์ ยืนยาว)

ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 3407 00268 81 4
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย รพินทร์ ยืนยาว
Name Mr. Rapin
Last name Yuanyao
เกิดวันที่ 21 ม.ค. 2523
Date of Birth 21 Jan. 1980
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 188/1 หมู่ที่ 2 ต.โพนงาม อ.เดชอุดม
จ.อุบลราชธานี
จ.อุบลราชธานี
27 ม.ค. 2558
วันออกบัตร
27 Jan. 2015
Date of Issue
เจ้าพนักงาน บัญชี
เจ้าพนักงานทะเบียน
20 ม.ค. 2567
วันบัตรหมดอายุ
20 Jan. 2024
Date of Expiry
3401-02-01270844

ใช้ประกอบรายการเบิกเงินโครงการบูรณาการ
จำนวน 1000 บาท เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

[Handwritten signature]

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นายวินัย วงศ์อาสา..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน...3 4101 00475 41 9.....
 ที่อยู่.....47 หมู่ที่ 3 ตำบลหนองนาคำ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... กทม.ทำงาน.....	1000
	ค่าเดินทาง <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอจังหวัด..... ถึง อำเภอจังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางเหมาจ่าย <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร(..... หีบ กั้นมาทดวน.....)	1000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นายวินัย วงศ์อาสา)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)



สำหรับประกอบทะเบียนเงินโครงการบูรณาการ
บ้านเพี้ยน

ผู้ดูแล
๒,๑
จ.พ.น. ๑๑๕๑๓

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า...นายสงกา สามารถ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน...3.4902.00342.. 94 1.....

ที่อยู่.103 หมู่ที่ 2 ตำบลนาอุดม อำเภอเนินกุ่มคำสร้อย จังหวัด มุกดาหาร.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... <u>คณากาน</u>	<u>1,000</u>
	ค่าเดินทาง <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอจังหวัด..... ถึง อำเภอจังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางเหมาจ่าย <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร(..... <u>หนึ่งพันบาทถ้วน</u>)	<u>1,000</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน [Signature]
 (นายสงกา สามารถ)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 4902 00342 94 1**

ชื่อและชื่อสกุล **นาย สงกา สามารถ**
 Name **Mr. Songka**
 Last name **Samart**
 เกิดวันที่ **30 มี.ค. 2523**
 Date of Birth **30 Mar. 1980**

หมายเลขบัตรประชาชน **3 4902 00342 94 1**
 Thai ID No. **3 4902 00342 94 1**
 9.3/กต.พ.ร.ว.
 10 MAR 2020
 10 Apr. 2020
 Date of Issue

29 มี.ค. 2025
 29 Mar. 2025
 Date of Expiry

3401-02-04101045

Handwritten notes on card:
 - ต.ค. 2563
 - บก. 126 กต.พ.ร.ว.
 - ต.ค. 2563

Watermark/Stamp:
 บัตรประชาชน
 บก. 126 กต.พ.ร.ว.
 ต.ค. 2563

Handwritten signature

(Songka Samart)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า...นางสาว จงกลณี ศิริรัตน์..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน...5.4097.99000 85 5.....

ที่อยู่.30/2 ถนนวิชาชาติ ตำบลวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... <u>กหนำทำงาน</u>	<u>1,000</u>
	ค่าเดินทาง <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอจังหวัด..... ถึง อำเภอจังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางเหมาจ่าย <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร(..... <u>หนึ่งพันบาทถ้วน</u>)	<u>1,000</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน As
 (นางสาว จงกลณี ศิริรัตน์)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **5 4097 99000 85 5**
 ชื่อตัวอักษร น.ส. จงกมลณี ศิริรัตน์
 Name Miss Jongkolnee
 ชื่อตัวอักษร Sirirat
 Last name Sirirat
 ภูมิลำเนา บ้านท่าเสา
 Date of Birth 14 Jan 2500
 150
 140
 130
 120
 110
 100
 90
 80
 70
 60
 50
 40
 30
 20
 10
 0
 30/2 อ.วิเศษ ต.วชิร 30/2 อ.วิเศษ
 จ.อุบลราชธานี
 14 ม.ค. 2559
 14 Jan. 2016 (สำหรับอายุไม่เกิน)
 Date of Issue (Age Limit Exceeded)
 13 ม.ค. 2567
 13 Jan. 2024
 3008-02-01/01000

สำหรับใช้ประกอบการเบิกเงินโครงการบูรณาการรัฐ
 1000 บาท เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

BORA-8.3-08

 ประเทศไทย
 THAILAND
 JT2-0971006-27

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า...นางสาวภัทราวดี พลเยี่ยม..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน...1. 3499.. 00312..28..2.....

ที่อยู่...258 หมู่ 17 ตำบลไร่น้อย อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... กวดำงาน.....	1000
	<p>ค่าเดินทาง</p> <p><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ จังหวัด.....</p> <p>ถึง อำเภอ จังหวัด..... ระยะทาง..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว</p> <p>ทะเบียนรถยนต์</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าเดินทางเหมาจ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p>	
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร(..... ทนั้กัณหกทกาน.....)	1000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ภัทราวดี พลเยี่ยม.....

(นางสาวภัทราวดี พลเยี่ยม)

ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 3499 00312 28 2

ชื่อตามทะเบียนราษฎร น.ส. ภัทธราวดี พลเยี่ยม
 Name Miss Phattharawadee
 นามสกุล Phonylars
 ภูมิลำเนา 17 ก.ย. 2532
 Date of Birth 17 Sep. 1993
 สัญชาติ ไทย
 อายุ 25 ปี 17 ต. เวียง อ.เมือง จ.เชียงใหม่
 9.01 ปลวาชธานี
 27 ก.ย. 2558
 27 Aug 2013
 18 Sep. 2023



1000 บาท เท่านั้น
 จำนวน 1000 บาท เท่านั้น
 สามารถใช้ประโยชน์ในโครงการบูรณาการฯ

ถ้าเผื่อถูกต้อง
 สาทหวัด พลเยี่ยม
 (นทสท สาทหวัด พลเยี่ยม)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 8 สิงหาคม 2562

ข้าพเจ้า นายดิสร อจโนนทนต์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 4200100004114

ที่อยู่ 135 ม.2 ต.ลำพาน อ.เมืองยโสธร จ.ยโสธร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนาokalสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... ภาราทำงาน.....	1000
	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.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (..... ทนึ่ ภาราทำงาน.....)	1000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นายดิสร อจโนนทนต์)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 4 2001 00004 11 4
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย อิศระ ยาวะโนภาส
 Name Mr. Issara
 Last name Yawanopas
 เกิดวันที่ 25 พ.ค. 2506
 Date of Birth 25 May 1963
 ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 135 หมู่ที่ 2 ต.สำราญ อ.เมืองยโสธร
 จ.ยโสธร

29 พ.ย. 2559 24 พ.ค. 2564
 วันออกบัตร หมดอายุบัตร
 29 Nov. 2016 24 May 2025
 Date of Issue Date of Expiry

3500-02-11200986

1000

โครงการบูรณาการ
 บก เท่านั้น

ศิริพร กษัตริย์

On

(นาย อิศระ ยาวะโนภาส)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 6 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นายสุรินทร์ สักการณพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3350100188233

ที่อยู่ 401 หมู่ที่ 2 ต.คชพ. อ.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพฯ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน กทม. กทม.	1000
	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	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	(.....)
	ตัวอักษร (..... ทนึ่งพันบาทถ้วน)	1000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (.....)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 3507 00188 23 3

ชื่อและชื่อสกุล นาย สุรินทร์ จักรวรรณพร
Name Mr. Surinun
Last name Jakawanporn
เกิดวันที่ 1 ก.ย. 2514
Date of Birth 1 Sep. 1971

ชาย 701 หมู่ที่ 2 ต.ลุมพุก อ.เมือง จ.สุรินทร์
Sex Male
Address 701 หมู่ที่ 2 ต.ลุมพุก อ.เมือง จ.สุรินทร์
154 160
158 150
148 140

1 ก.ย. 2559
Issued 1 Sep. 2016
Date of Issue

31 ก.ย. 2567
Valid Until 31 Aug. 2024
Date of Expiry

3504-04-09011538

บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ 1000 บาท เท่านั้น



สุรินทร์ จักรวรรณพร

สุรินทร์ จักรวรรณพร

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 6 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นางสาวศุภมาส สีขงเงิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1341100213002

ที่อยู่ หมู่ 16 ต.จันทน์ อ.พนา จ.อุบลราชธานี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0294000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... กคทา กวณ	1000
	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.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (..... ทิ้งที่นมหากถวน.....)	1000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นางสาวศุภมาส สีขงเงิน)

ผู้จ่ายเงิน.....
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 1 3411 00213 00 2
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. คมคาย สายหมั่น
 Name Miss Khomkhai
 Last name Saiman

เกิดวันที่ 27 พ.ย. 2535
 Date of Birth 27 Nov 1992

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 26 หมู่ที่ 16 ต.จวนลาโม อ.พนม
 จ.อำนาจเจริญ
 26 พ.ย. 2558
 วันออกบัตร 26 Nov. 2015 (ล่าสุด ชุมชนไผ่สีสุก)
 Date of Issue เจ้าพนักงานแลฉบับตร

26 พ.ย. 2566
 วันบัตรหมดอายุ 26 Nov. 2023
 3401-02-11261143

สำหรับใช้ประกอบเงินโครงการบูรณาการ
 บาท เท่านั้น



ส.ในหมอกตัด
 คมคาย สายหมั่น
 (นางสาวคมคาย สายหมั่น)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 8 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า น.ส. ศุภกมล เกษมณี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1229900229246

ที่อยู่ 110 ม. 4 ต. ปากอ อ. ตีเนียนแก้ว จ. ชีษิต

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... <u>คณาจารย์</u>	<u>1000</u>
	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.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (<u>ทองอินทกาน</u>)	<u>1000</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ศุภกมล เกษมณี
 (น.ส.ศุภกมล เกษมณี)

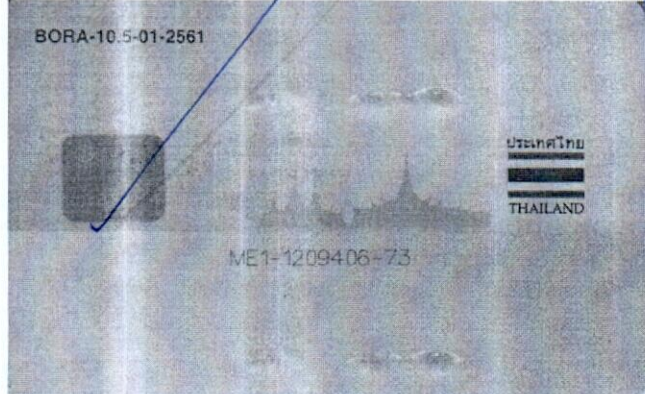
ผู้จ่ายเงิน.....
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)



สำเนาถูกต้อง

(Handwritten signature)

(น.ส. สุภาภรณ์ เกษมณี)



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 6 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นางสิมขนก ไหวงคุ้ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3350400242786
 ที่อยู่ 226 ต. ทุ่งกุลา อ. คันทองเกษม จ. ยโสธร 35110

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
 โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพฯ 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 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..... อาทาท้ง 20 คน x 50 บาท x 2 ไม้ 2000 อาทาท้งวัน 20 คน x 150 บาท 3000	2000 3000
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (..... ทั้งหมดยกเว้น)	5000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นางสิมขนก ไหวงคุ้ม)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 3504 00272 78 6
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง ชัญชนก ใหญ่ลำ
 Name Mrs. Tanchanok
 Last name Yailam

เกิดวันที่ 13 ก.พ. 2508
 Date of Birth 13 Feb. 1965

ศาสนา พุทธ
 Religion Buddhism

ที่อยู่ 226 หมู่ที่ 1 ต.คลองโพธิ์ อ.สามชัย จ.ขอนแก่น
 Address 226 Moo 1 T. Song Phi Nong A. Sang Chai J. Khon Kaen

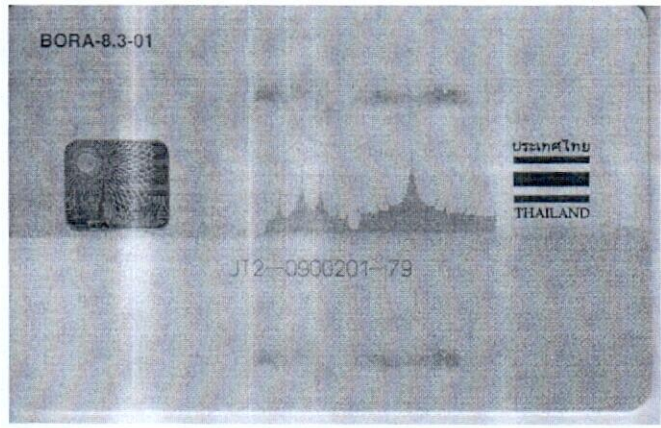
9.ย.เสี๖7
 19 มิ.ย. 2558
 วันออกบัตร (หมายเหตุ: บัตรอายุ)
 Date of Issue (Note: Card Validity)

12 ก.พ. 2567
 วันหมดอายุ
 Date of Expiry

3504-04-06191042

*สำหรับประกอบเงินโครงการบูรณาการ
 บัตรเท่านั้น*

สำเนาถูกต้อง
 ชัญชนก ใหญ่ลำ








21 ๐๕.

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

กิจกรรม **นำชมคณะทำงานเพื่อจัดทำแผนพัฒนาภาคที่ ๖ ของกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ** จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม ๑๖๓๐ คน
นำชมคณะทำงานเพื่อจัดทำแผนพัฒนาภาคที่ ๖ ของกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ จ. ยโสธร

วันเสาร์ที่ 8 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 16.00 น. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร



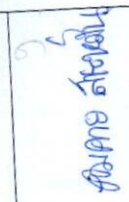

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	ดร.พิสมัย ศรีเนตร	คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	086-3862035	pismais@gmail.com		
1	นางสาวดวงมณี นารินุช	มูลนิธิพิทักษ์ธรรมชาติเพื่อชีวิต 58/5 ถ.เขื่อนธานี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี	080-1840443	duangmanee-nareenuch @hotmail.com	กม. 1365 ๐๔.	
2	นายรพีพร ยืนยาว	มูลนิธิประชาชนสังคมจังหวัดอุบลราชธานี 58/6 ถ.เขื่อนธานี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี	092-4049977	ole.detudom@gmail.com	บข 2674 ๐๖๑	
3	นายวินัย วงศ์อาสา	88/47 ต.แจระแม อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี	066-0170002	winai_wongarsa@hotmail.co.th	กบ 43 อุบลราชธานี	
4	นายสงกา สามารถ	103 หมู่ 2 ต.นาอุดม อ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร	083-31281012	Songka_samart@hotmail.com	บจ 9161 มุกดาหาร	
5	นางสาวจงกลณี ศิริรัตน์	มูลนิธิประชาชนสังคมจังหวัดอุบลราชธานี 58/6 ถ.เขื่อนธานี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี	086-4788322	csu.ubn@gmail.com	บข-5367 ๐๖๖.	

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจร.ส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมคณาจารย์ได้แก่คณาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์โท

วันเสาร์ที่ 8 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 16.00 น. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
7	นายอิสระ ยาวะโนภาส	สาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร	098-889-1292	isarayawanopas@gmail.com	กต 5545 45	
8	นายสุรินทร์ จักรพรรณพร	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร	096-830-5707	surinuntee@gmail.com	ฉก 1528 05.	
9	นางสาวคมคาย สายหมั่น	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร	093-517-5964	komkaisaiman@gmail.com	กท 8585 อบ.	
10	นางสาวสุภาภรณ์ เกษมณี	เจ้าพนักงานธุรการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร	061-163-4088	pare835kesmanee@gmail.com	กท 446 ฉ.ศิริพร	
						4

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

กิจกรรม **กิจกรรมผู้เข้าร่วมประชุม**
การประชุมงานเพื่อสื่อพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ.....

วันที่ 8 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 16.00 น. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร






ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
11	สิมมณณภรณ์ ธรรมานะ นางสาวเพ็ญใจ ชัยภักดิ์	เจ้าหน้าที่บริหารระบบสุขภาพ เทศบาลตำบลคำชะโนด อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร	092-2708368 080-1992446	Channoka.29@gmail.com ng.7374516	ภจ. 7374516	พ.จ.อ.
12	นางบุษบา บอดคำ	เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์งาน เทศบาลตำบลแคนใหญ่ อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร	083-3763589	butsabakaeng@gmail.com	ภจ. 4905	พ.จ.อ.
13	นางสาวสุภาณี ยาวะโนภาส	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลยอ อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร	085-3554155	Supanee-jib2997@outlook.co.th	ภค 469 e.s.	จตุพรณี อมาพันธ์
14	นางสาวเพ็ญใจ ชัยภักดิ์	เจ้าหน้าที่บริหารระบบสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลยอ อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร	095-6100599	Sogan25th@hotmail.com	ภค 5295	พ.จ.อ.
15	นางสาวพิชญา รุ่งเรือง	ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสงเปือย อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร	094-4610904 061-0703361	doodee-191@hotmail.com	ภจ 4506	พ.จ.อ.
16	นางสาวเพ็ญฤดี เวฬุวนารักษ์	องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์พัน	099-1636497	Pianrudee@hotmail.com	ภค 4007	พ.จ.อ.

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมคณะกรรมการคัดเลือกบุคลากร
ภาคเหนือ

วันเสาร์ที่ 8 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 16.00 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
17	นางอรุณทิพย์ อภิสิทธิ์	หัวหน้าสำนักปลัด อบต. นักวิชาการชั้น ๗ องค์การบริหารส่วนตำบลนาคำ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร	085-6566637 099-8211477	pensiri_20@hotmail.com	นว. 9๗๖0 ทมฉ.	
18	นางสาวณัฐ พิจารณ์	ผู้อำนวยการกองการศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลคูจาน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร	098-5858659		นว 9๐36 เอ ๕๕	
19	นายตฤพล ปายทา	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลคูจาน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร	083-3366038	000 boy - 6๐๐0๐๐๐@ hotmail.co.th	นว. 5๕46 เอ ๕๖	
20	นางอัญญลักษณ์ ออกอุ่น	รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลนาแก อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร	091-8319299	ann yaLuck11@gmail.com	นว. ๙๖5๕. เอ ๕.	
21	นางสาวอรุณใจ ราชอาณาจักร	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ องค์การบริหารส่วนตำบลลูกดก อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร	098-4188594			
	นางสาวเตือนใจ ราชอาณาจักร	นักพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลเหล่าไธ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร	081-0691391		บ ๐-๐ ๗8๐2 ค.ส.	5