

สรุปการใช้เงิน (เขต 10)

กิจกรรม.....ประชุมชี้แจงทีมระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 พื้นที่อำเภอตงหลวง จังหวัดมุกดาหาร.....

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่

วันที่...18 สิงหาคม 2563.... สถานที่....ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตงหลวง จังหวัดมุกดาหาร...

1	ค่าตอบแทน	3,000
1.1	วิทยากร	
1.2	ผู้ช่วยวิทยากร	
1.3	คณะทำงาน 6 คน x 500 บาท	3,000
1.4	พี่เลี้ยงโครงการ	
1.5	เจ้าหน้าที่จัดประชุม	
1.6	ประสานงาน	
2	ค่าวัสดุ	
2.1		
3	ค่าเดินทาง	5,900
3.1	ค่าเดินทางวิทยากร	
3.2	ค่าเดินทางคณะทำงาน	1,700
3.3	ค่าเดินทางพี่เลี้ยงโครงการ	
3.4	ค่าเดินทางผู้เข้าร่วมประชุม 25 คน x 200 บาท	4,200
3.5	ค่าเช่ารถ	
3.6	ค่าน้ำมันรถ	
3.7	อื่นๆ	
4	ค่าใช้จ่าย	6,250
4.1	ค่าที่พัก	
4.2	ค่าอาหาร (25 คน x 150 บาท) + (25 คน x 50 บาท x 2 มื้อ)	6250
4.3	ค่าห้องประชุม	
4.4	ค่าถ่ายเอกสาร	
4.5	ค่าจ้าง	
4.6	อื่นๆ	
5	ค่าสาธารณูปโภค	764
5.1	โทรศัพท์	
5.2	ไปรษณีย์	764
5.3	อื่นๆ	
รวม (ตัวอักษร) หนึ่งหมื่นห้าพันเก้าร้อยสิบสี่บาทถ้วน		15,914

หมายเหตุ เบิกจ่ายจากงบประมาณหมวด.....

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

แบบแจกแจงรายจ่าย รายการกิจกรรม กิจกรรม...ประชุมชี้แจงทีมระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 พื้นที่อำเภอตงหลวง จังหวัดมุกดาหาร.....

ประจำเดือน.....18 สิงหาคม 2563.....

หมวดค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน(บาท)
ค่าจ้าง	
ค่าตอบแทน	3,000
ค่าใช้จ่าย 5,900 + 6,250	13,150
ค่าวัสดุ	
สาธารณูปโภค	764
อื่น (ระบุ)	
รวมทั้งสิ้น	15,914

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

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

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

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... คณะทำงาน.....	500
	ค่าเดินทาง <input checked="" type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด..... ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....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(.....ห้าร้อยบาทถ้วน.....)	500

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นายสงกา สามารถ)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

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

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

ที่อยู่ 103 หมู่ที่ 2 ต.นาอุดม อ.เค็มคำสรวง
จ.มุกดาหาร

10 เม.ย. 2559
วันออกบัตร 10 Apr. 2019
Date of Issue

0
รหัสตัวเก็บ
(สำหรับ บัตรประชาชน)
เจ้าหน้าที่รับสมัคร

30 มี.ค. 2558
วันหมดอายุ 30 Mar. 2025
Date of Expiry

509



สำนักงานการคลังโครงการบูรณาการ
บาท เท่านั้น

509

สงกา สามารถ

(สงกา สามารถ)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 18 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)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... กทม.ทำงาน.....	500
	ค่าเดินทาง <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ จังหวัด..... ถึง อำเภอ จังหวัด..... 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(..... ห้าร้อยบาทถ้วน.....)	500

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
(นางสาวภัทราวดี พลเยี่ยม)

ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


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

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ภัทราวดี พลเยี่ยม
 Name Miss Phattharawadee
 Last name Phonyiam
 เกิดวันที่ 17 ก.ย. 2532
 Date of Birth 17 Sep. 1990

ศาสนา พุทธ
 สัญชาติ ไทย
 อายุ 25.6 ปี 17 ต. เรือไทย อ. เมืองชลบุรี จ. ชลบุรี 27 ส.ค. 2556
 27 Aug. 2013 (พ.ร.บ. ๖๖) 17 ก.ย. 2564
 Date of Issue 10 years 17 Sep. 2021 3401-03-08271450
 Date of Expiry

จำนวนเงินฝากประจำบัญชีเงินฝากประจำ 500 บาท เท่านั้น



ภัทราวดี พลเยี่ยม
 (นอกรหัสบัตร น.ส. ภัทราวดี พลเยี่ยม)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

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

ที่อยู่ 188/1 หมู่ที่ 2 ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัด อุบลราชธานี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนาคลังสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... กศพาทัวร์.....	500
	ค่าเดินทาง <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ จังหวัด..... ถึง อำเภอ จังหวัด..... 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(..... ทำใจขมกลืน.....)	500

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน

(นายพรินทร์ ยืนยาว)

ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 3407 00268 81 4
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย รพินทร์ ยืนยาว
Name Mr. Ropin
Last name Yuenyao

เกิดวันที่ 21 ม.ค. 2523
Date of Birth 21 Jan. 1980

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 188/1 หมู่ที่ 2 ต.โพนงาม อ.เดชอุดม
จ.อุบลราชธานี

27 ม.ค. 2558
วันออกบัตร 27 Jan. 2015
Date of Issue

20 ม.ค. 2567
วันหมดอายุ 20 Jan. 2024
Date of Expiry

3401-02-01270844



ใช้ประกอบงบการเงินโครงการบูรณาการ
500 บาท เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นายวินัย วงศ์อาสา..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน...3 4101 00475 41 9.....

ที่อยู่.....47 หมู่ที่ 3 ตำบลหนองนาคำ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 099400005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... คณฯ ทำงาน	500
	ค่าเดินทาง <input checked="" type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ เสียว จังหวัด อุบลราชธานี ถึง อำเภอ บึงทลวง จังหวัด พุกาดิน ระยะทาง 212.5 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ ภอ. 43 อุบลราชธานี <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางเหมาจ่าย <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	1700
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร(..... สมพันธ์ สดงวัฒมาท้วน)	2200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน.....

(นายวินัย วงศ์อาสา)

ผู้จ่ายเงิน.....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 4101 00475 41 9
 ชื่อตัวประชาชน นาย วินัย วงศ์อาสา
 Name Mr. Winai
 Last name Wongarsa
 เกิดวันที่ 11 ต.ค. 2525
 Date of Birth 11 Oct. 1982
 อายุ 47 ปี 3 ต.ค. 2021
 25 ต.ค. 2555
 25 Oct. 2012 (อายุ 33 ปี)
 25 Oct. 2021 (อายุ 47 ปี)
 BORA-26-06
 ประเทศไทย THAILAND
 JC1-0633748-23

สำหรับใช้ประกอบการยื่นขอการขึ้นทะเบียนการปกครอง
 จำนวน 1209...

สำเนาถูกต้อง

[Signature]
 นายวินัย วงศ์อาสา

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า...นางสาวดวงมณี นารีนุช..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน...1 4901 00096 55 1.....

ที่อยู่ 112 หมู่ที่ 12 ตำบลนาโสก อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 099400005377)

โครงการรณรงค์การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาภาคสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... คณาจารย์	500
	ค่าเดินทาง <input checked="" type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ จังหวัด..... ถึง อำเภอ จังหวัด..... 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(..... ห้าร้อยบาทถ้วน)	500

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน

(นางสาวดวงมณี นารีนุช)

ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวสิริมนต์ ชิวะอิสระกุล)

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

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ดวงมณี นารีนุช
Name Miss Duangmanee
Last name Nareenuch
เกิดวันที่ 24 ส.ค. 2530
Date of Birth 24 Aug. 1988
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 112 หมู่ที่ 12 ต.นาโสก อ.เมืองมหาสาร
จ.มหาสาร
9 ก.ค. 2557
วันออกบัตร
9 Jul. 2014
Date of Issue

500 บาท

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

3401-02-07091327



บัญชีประชาชนเงินโครงการบูรณาการ
บาทถ้วน

สำเนาถูกต้อง



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ต.ค. 63

ข้าพเจ้า นางสาวชนันต์ฉัตรณี นกัฒนา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3-4904-00080-29-1

ที่อยู่ 60 หมู่ 4 ตำบลโพธิ์แดง อำเภอหนองปรือ จังหวัดสุพรรณบุรี 49140

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก 60 ม. 4 ต. โพธิ์แดง ถึง ตำบลโพธิ์แดง ส.ค.ค. หนองปรือ (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....)
	ตัวอักษร (สดงไว้ครบถ้วน)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นางสาวชนันต์ฉัตรณี นกัฒนา)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4904 00080 29 1
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. อัญญลักษณ์ แก้วไพศาล
 Name Miss Ananluk
 Last name Kaewpaisan

เกิดวันที่ 4 เม.ย. 2526
 Date of Birth 4 Apr. 1983

ศาสนา พุทธ

อายุ 60 หมู่ที่ 4 ต.พังแดง อ.คงพลวง
 จ.มุกดาหาร

13 ส.ค. 2557
 วันออกบัตร 13 Aug. 2014
 Date of Issue


3 เม.ย. 2586
 วันบัตรหมดอายุ 3 Apr. 2023
 Date of Expiry

4904-02-08131122



ถ้าผู้ใช้ประกอบการเงินรับโครงการบูรณาการ
 200 บาท เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง


 (นางสาวอัญญลักษณ์ แก้วไพศาล)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ก.ค. 63

ข้าพเจ้า นอสรัด นิลศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3-๙๐๑๐๐๒๕๙๗๙๑

ที่อยู่ บ้านเลขที่ ๑๖๖ หมู่ ๑ อ.วิเศษ จ.สุพรรณบุรี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (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 <u>5 ม. 16 ม. อำเภอ ทศบาล</u> ถึง <u>ตำบล กอ. ส.ส. จ.สุพรรณ</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<input checked="" 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>สองร้อยบาทถ้วน</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน Soml
 (นอสรัด นิลศรี)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 4901 00288 79 1**

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาง รดาภักดิ์ แสนยศ**
 Name **Mrs. Radaphack**
 Last name **Sanyot**
 เกิดวันที่ **10 พ.ย. 2519**
 Date of Birth **10 Nov. 1976**
 ศาสนา **พุทธ**

ที่อยู่ **5 หมู่ที่ 16 ต.ลำบัวลอย อ.เมืองมุกดาหาร**
 มุกดาหาร
 31 ส.ค. 2569
 วันออกบัตร
31-Aug. 2016
 Date of Issue

(เจ้าเมือง มุกดาหาร)
 เจ้าเมืองมุกดาหาร
 9 พ.ย. 2567
 วันบัตรหมดอายุ
9 Nov. 2024
 Date of Expiry

200...
 160...
 140...
 120...



สำนักงานปลัดกระทรวงการต่างประเทศ
 สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง

สำเนาถูกต้อง

Som [Signature]
 (นางรดาภักดิ์ แสนยศ)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ส.ค. 63

ข้าพเจ้า นาง อธิมา ศรีศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 34904 00134 251

ที่อยู่ 127 ม. 2 ต. บ้านใหม่ อ. บางพลี จ. สมุทรปราการ

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377) โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพฯ และพัฒนาอภิบาลสุขภาพระดับพื้นที่ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก 127 ม. 2 ต. บ้านใหม่ ถึง ตำบลชุมพล อ. บางพลี (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%..... (.....)
	ตัวอักษร (สมิง ไฉยมหาถัน)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นาง อธิมา ศรีศรี)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 4904 00134 25 1
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง เจริญ นรศรี
Name Mrs. Cherdchay
Last name Norrasri
เกิดวันที่ 25 พ.ย. 2509
Date of Birth 25 Nov. 1966
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 127 หมู่ที่ 2 ต.ชะโนดน้อย อ.ดงหลวง
จ.มุกดาหาร

5 ต.ค. 2560
วันออกบัตร 5 Oct. 2017
Date of Issue

รายนามเจ้าพนักงาน (เจ้าพนักงานผู้จัดทำบัตร)
เจ้าพนักงานผู้จัดทำบัตร

24 พ.ย. 2568
วันบัตรหมดอายุ 24 Nov. 2025
Date of Expiry


4904-03-10051510



ใบขึ้นทะเบียนการบูรณาการ
จากเท่านั้น

200

สำเนาถูกต้อง


(นาง เจริญ นรศรี)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ส.ค. 63

ข้าพเจ้า นายพีรวิทย์ นิลวงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460600390774

ที่อยู่ 91 ซ. 3 ต.ระโนด อ.ระโนด จ.สงขลา

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก 91 ซ. 3 ต.ระโนด อ.ระโนด ถึง วิทยาลัยสงฆ์สงขลา (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%..... (.....).....
	ตัวอักษร (สมัยก่อนมากำน)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นายพีรวิทย์ นิลวงษ์)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 4606 00390 37 4
Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาย พีรวัฒน์ แสงสาร
Name Mr. Phirawat
Last name Saengsarn

เกิดวันที่ 12 ม.ค. 2528
Date of Birth 12 Jan. 1977

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 91 หมู่ที่ 3 ต.ชะโนดน้อย อ.ดงหลวง
จ.มุกดาหาร
25 ก.พ. 2557
วันออกบัตร 25 Feb. 2014
Date of Issue

ใช้ประกอบการทำงาน
100

วันหมดอายุ 11 ม.ค. 2568
12 Jan. 2023
Date of Expiry

46060002251034



สำเนาถูกต้อง

(Handwritten signature)
(นายพีรวัฒน์ แสงสาร)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ส.ค. 63

ข้าพเจ้า นายอมร ทอแสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 349๙๗๐๐๑1๖1๙4

ที่อยู่ ร.ม.1 ต.วัดแก้ว อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>อ.บึงสามพัน</u> ถึง <u>ท่าวาสุกรี สสอ. อุบลราชธานี</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%..... (.....)
	ตัวอักษร (<u>สองร้อยบาทถ้วน</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน (นายอมร ทอแสง)

ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 4999 00212 19 4
Identification Number


ชื่อและชื่อสกุล นาย อมร ทองสาธิต
Name Mr. Amorn
Last name Thongsaard
เกิดวันที่ 14 ก.พ. 2520
Date of Birth 14 Feb. 1977
ศาสนา พุทธ

อายุ 95 หมู่ที่ 1 ต.นาเพียง อ.คำชะอี
จ.มุกดาหาร
17 มี.ค. 2560
วันออกบัตร 17-Mar-2017
วันบัตรหมดอายุ 13 ก.พ. 2569
13 Feb. 2026
4999-02-011-0004

บัตรประชาชนเป็นเงิน 200 บาทเท่านั้น



สำเนาถูกต้อง


(อมร ทองสาธิต)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ส.ค. 63

ข้าพเจ้า ว.ศ. เสงี่ยมพร เกษไชย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 3403 00017 938
 ที่อยู่ 23/2 ซ.กลิ่นพุ่มพวง อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี
 ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
 โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ.....จาก <u>23/2 อ.เมืองใหม่ จ.สุพรรณบุรี</u> ถึง <u>ท่าอู่พุ่มพวง ส.อ. อ.เมือง</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร (<u>ส่งผ่านมากัก</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ว.ศ. เสงี่ยมพร เกษไชย
 (ว.ศ. เสงี่ยมพร เกษไชย)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 3403 00017 93 8

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. เยาวเรศ เคนโยธา
 Name Miss Yaowarate
 Last name Kenyotha

เกิดวันที่ 11 ก.พ. 2516
 Date of Birth 11 Feb. 1973

ศาสนา ศาสนา
 ที่อยู่ 23/2 ซ.ถิ่นปทุมทิวทัศน์ เมืองใหม่ ต.มุกดาหาร อ.เมืองมุกดาหาร จ.มุกดาหาร
 12 ม.ค. 2559 10 ก.พ. 2567
 วันออกบัตร วันที่หมดอายุ
 12 Jan. 2019 10 Feb. 2024
 Date of Issue Date of Expiry 0999-03-01121338



พรช. 12107507 ๒๕๖๓
นางสาวบุญฤทัย
ภาพเท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

๒๕๖๓
พ.ล. 12107507 ๒๕๖๓
18/8/63

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ส.ค. 63

ข้าพเจ้า น.ส. อรุณางศุขไพโรจน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1490400001949

ที่อยู่ 159 ม. 4 ต. ทวศวน อ. ทวศวน จ. สิงห์บุรี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก 159 ม. 4 ต. ทวศวน ถึง ท้าวมงคล สบ. ทวศวน (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%..... (.....)
	ตัวอักษร (..... ส่งไว้ช้ชมาทุกอัน.....)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (น.ส. อรุณางศุขไพโรจน์)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

 **บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**
เลขประจำตัวประชาชน 1 4904 00041 94 9
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. อริสา วงศ์กระไช้
Name Miss Arisa
Last name Wongkraso
เกิดวันที่ 20 ส.ค. 2530
Date of Birth 20 Aug. 1987
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 159 หมู่ที่ 4 ต.ดงหลวง อ.ดงหลวง
จ.มุกดาหาร
13 ส.ค. 2557
วันออกบัตร
13 Oct. 2014
Date of Issue


19 ส.ค. 2566
วันบัตรหมดอายุ
19 Aug. 2023
Date of Expiry

4904-02-10131137

สำเนาถูกต้อง


น.ส.อริสา วงศ์กระไช้

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ก.ค. 63

ข้าพเจ้า น.ร.ศิวาท ไทบุตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1461200071731

ที่อยู่ 246 ม.3 ต.ตลิ่งน้อย อ.ตลิ่งน้อย จ.มหาสารคาม 69140

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่.. 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก 246 ม.3 ต.ตลิ่งน้อย ถึง หนองปลาไหล อ.ตลิ่งน้อย (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร (ศิวาท ไทบุตร)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นางรศิวาท ไทบุตร)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **1 4613 00071 73 1**
 ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. นิชาพร ไผ่พุทธ
 Name Miss Nichaporn
 Last name Phaiphut
 เกิดวันที่ 20 มี.ค. 2531
 Date of Birth 20 Mar. 1988
 ศาสนา พุทธ
 ที่อยู่ 246 หมู่ที่ 3 ต.คางหลวง อ.คางหลวง
 จ.มุกดาหาร
 4 พ.ค. 2560
 วันออกบัตร 4 May 2017
 Date of Issue
 (ดูรายชื่อผู้มีสิทธิเลือกตั้ง)
 เลขบัตรประชาชน
 19 มี.ค. 2569
 วันหมดอายุ 19 Mar. 2026
 Date of Expiry
 4004-04-05041128

บัตรประชาชน
 200
 บัตรประชาชน
 บัตรประชาชน

สำเนาถูกต้อง

นิชาพร

(นางสาวนิชาพร ไผ่พุทธ)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 16 ส.ค. 63

ข้าพเจ้า นก นโคไพ ดงมาด..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน 74804 00066 90.5

ที่อยู่ 11 หมู่ 2 ต.บ้านหนอง อ.บ้านแพง จ.สกลนคร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก 1/3 ม. 2 ต.บ้านหนอง ถึง บ้านแพง สสอ. ดอนคา (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร (ส้มโอมากล้าน)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน 

(นก นโคไพ ดงมาด)

ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4804 00066 90 5
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาง ประไพ คำมุงคุณ
 Name Mrs. Prapai
 Last name Kummungkoon

เกิดวันที่ 3 มี.ค. 2517
 Date of Birth 3 Mar. 1974

ศาสนา พุทธ

ชื่อ 1/3 หมู่ที่ 2 ต.บ้านแพน อ.บ้านแพน
จ.นครพนม
14 มี.ค. 2557
วันออกบัตร
 Date of Issue

2 มี.ค. 2566
วันหมดอายุ
 Date of Expiry

4804-02-03141016

(Official stamp: กรมการปกครอง, กระทรวงมหาดไทย)

Handwritten signature

ชื่อ ประไพ คำมุงคุณ

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ก.ค. 63

ข้าพเจ้า นางชนันท์ รุปลักษณ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490500041700

ที่อยู่ 188 ม. 3 ต. อ.หลวง อ.หลวง จ.มณฑล

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>188 ม. 3 ต.หลวง</u> ถึง <u>ท่าอากาศยานดอนเมือง</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%..... (.....)
	ตัวอักษร (<u>สองร้อยบาทถ้วน</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน (นางชนันท์ รุปลักษณ์)

ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4905 00041 70 0
 Identification Number


ชื่อและสกุล นาย วันชัย รูปเหลียม
 Name Mr. Wanchai
 Last name Roopleam
 เกิดวันที่ 30 พ.ค. 2513
 Date of Birth 30 May 1970
 ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 188 หมู่ที่ 3 ต.ดงหลวง อ.ดงหลวง
 จ.มุกดาหาร
 28 มิ.ย. 2561
 วันออกบัตร 28 Jun. 2018
 Date of Issue

รหัสสำเนาบัตร 29 พ.ค. 2570
 (ใช้ได้แบบใช้สอย) วันบัตรหมดอายุ 29 May 2027
 เลขบัตรประชาชน 3490500041700
 เลขบัตรประชาชน 3490500041700
 เลขบัตรประชาชน 3490500041700


 160
 150
 140
 4904-05-00291411

สำเนาถูกต้อง


 (490500041 รูปเหลียม)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ส.ก. 63

ข้าพเจ้า นาย ชัย วัฒนไพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3-4๙๙๙-๐๐๐๙๑-๖๙-๖

ที่อยู่ 1๖๖ ม.๘ อ.กกทวม อ.ฉะเชิงเทรา จ.ฉะเชิงเทรา

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก 1๖๖ ม.๘ อ.กกทวม ถึง หนองปรือ อ.สามชัย (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร (สดง โอม มากถัน)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นาย ชัย วัฒนไพ)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4999 00091 79 6
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาย ชัย ทองผา
 Name Mr. Chai
 Last name Thongpa

เกิดวันที่ 22 ก.พ. 2517
 Date of Birth 22 Feb. 1974

ศาสนา อิสลาม
 Religion Islam

ที่อยู่ 166 หมู่ที่ 8 ต.กกกวม อ.สงขลานครินทร์
 จ.สุราษฎร์ธานี
 24 ก.พ. 2557
 วันออกบัตร
 24 Feb. 2014
 Date of Issue

อายุ 100 ปี
 อายุ 100

วันที่หมดอายุ
 21 ก.พ. 2566
 21 Feb. 2023
 Date of Expiry

4009-01-02241043

สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย
 กรุงเทพมหานคร

BORA-16-03



 THAILAND

IC-0760260-89

สิบหก ก.ก. ๖๖
 Or
 นายชัย ทองผา

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ส.ค. 63

ข้าพเจ้า นายอรรณพ ไชยจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460600236103

ที่อยู่ 312 ม.8 ต.กุ่มแก้ว อ.พาว จ.กาฬสินธุ์

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก 312 ม.8 ต.กุ่มแก้ว ถึง หอประชุม สวอ.อนค.(ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร (สวอ.อนค.กุ่มแก้ว)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นายอรรณพ ไชยจันทร์)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 4606 00236 10 3**

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ยรรยง ไชยขันธ์
Name Mr. Yanyong
Last name Chaiyakhan

เกิดวันที่ 21 ก.พ. 2522
Date of Birth 21 Feb. 1979

ศาสนา พุทธ
ศาสนา พุทธ

ที่อยู 312 หมู่ที่ 8 ต.คันทนา อ.งิ้วราย
จ.กาฬสินธุ์

17 ธ.ค. 2562
วันหมดอายุ
17-Dec. 2019
Date of Expiry

20 ก.พ. 2571
วันหมดอายุ
20 Feb. 2022
Date of Expiry

4606-02-12171153



สํานักงานทะเบียนราษฎร
กรมการปกครอง
กระทรวงมหาดไทย
กรุงเทพมหานคร

สำเนาถูกต้อง



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ก.ค. 63

ข้าพเจ้า สมพรทิพย์ วัฒนกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490200004222
 ที่อยู่ 71 ม.9 ต.ศรีโพธิ์เงิน อ.สามทอง จ.สุพรรณบุรี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>71 ม.9 ต.ศรีโพธิ์เงิน</u> ถึง <u>ห้องประชุม สสจ. สามทอง</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%..... (.....)
	ตัวอักษร (<u>สมควรจ่ายมากเกิน</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน สมพรทิพย์ วัฒนกุล
 (สมพรทิพย์ วัฒนกุล)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4902 00004 27 2
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาย พรชัย เผ่าภไทย**
 Name **Mr. Pornchai**
 Last name **Powputhai**
 เกิดวันที่ **23 ก.ค. 2508**
 Date of Birth **23 Jul. 1965**
 สถานะ **โสด**

ที่อยู่ **71 หมู่ที่ 9 ต.ระโนดน้อย อ.สงขลวง**
 จ.นวกสาฬาร
 15 ม.ค. 2558
 วันออกบัตร
 15 Jan. 2015
 Date of Issue


22 ก.ค. 2566
 วันปรัณผลษาญ
 22 Jul. 2023
 Date of Expiry

3904-03-20150115



บัญชีประชาชน
 บัญชีประชาชน
 บัญชีประชาชน
 บัญชีประชาชน
 บัญชีประชาชน

ถ้าเนาถูกต้อง


 สมพรชัย (เผ่าภไทย)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 16 ต.ค. 63

ข้าพเจ้า ดวงจันทร์ พงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 9490200028988
 ที่อยู่ 102 หมู่ที่ 10 ต. หกคก อ. นิคะมัลย์ จ. มหาสารคาม

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>102 ม. 10 ต. หกคก</u> ถึง <u>ห้องประชุม สสจ. สนทสว</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%..... (.....).....
	ตัวอักษร (<u>สองร้อยบาทถ้วน</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (ดวงจันทร์ พงษ์)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4902 00028 98 8
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ชัยพร บุญเนา
 Name Mr. Chaiyaporn Boonnap
 Last name Boonnap
 เกิดวันที่ 31 ต.ค. 2520
 Date of Birth 31 Oct. 1977
 ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 102 หมู่ 10 ต.นาเกลือ อ.เมืองสมุทรสาคร
 จ.สมุทรสาคร
 12 พ.ย. 2562
 วันออกบัตร 12 Nov. 2019
 Date of Issue

วันหมดอายุ 30 ต.ค. 2571
 วันเปลี่ยนอายุ 30 Oct. 2028
 Date of Expiry

4904-05-11121024

สำนักงานทะเบียนราษฎรจังหวัดสมุทรสาคร

เจ้าหญิงกานดา

พ (๑๕๖๗๘๙ ๑๐๑๑๑๑)

เจ้าหญิงกานดา

พ (๑๕๖๗๘๙ ๑๐๑๑๑๑)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ส.ค. 63

ข้าพเจ้า นางอัญญา พอลิ่งห์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490400050405

ที่อยู่ 189 ม. 14 ต. กกชุม อ. ดงหลวง จ. มุกดาหาร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ.....จาก <u>187 ม. 14 ต. กกชุม</u> ถึง <u>ห้องประชุม สสอ. ดงหลวง</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร (<u>สอโงมภักดี</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน (นางอัญญา พอลิ่งห์)

ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 4904 00050 40 5
Identification Number

ชื่อและนามสกุล **นาง อภิญญา พอสิ่ง**
Name Mrs. Apinya
Last name Posing
เกิดวันที่ **26 เม.ย. 2526**
Date of Birth 26 Apr. 1983
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 187 หมู่ที่ 14 ต.กกตม อ.คงหวด
จ.มุกดาหาร
รวมค่าทหาร
20 ต.ค. 2559
วันออกบัตร
20 Oct. 2016
Date of Issue

รูปถ่าย
25 เม.ย. 2568
วันบัตรหมดอายุ
25 Apr. 2025
Date of Expiry
4904-02-10201300

นาง พอสิ่ง



สำเนาถูกต้อง


(นางอภิญญา พอสิ่ง)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ส.ค. 63

ข้าพเจ้า นายสมชาย นรศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3341600011600
 ที่อยู่ 127 หมู่ที่ 2 ม.ชะโนดน้อย อ.ชนบท จ.มุกดาหาร
 ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
 โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>127 ม.2 ม.ชะโนดน้อย อ.ชนบท</u> ถึง <u>ท่ารถ ม.สอ.ชนบท</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร (<u>สองร้อยบาทถ้วน</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน (นายสมชาย นรศรี)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 3416 00011 60 0
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย สیمان นรศรี
 Name Mr. Saman
 Last name Norasri

เกิดวันที่ 6 เม.ย. 2508
 Date of Birth 6 Apr. 1965
 ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 127 หมู่ที่ 2 ต.ระโนด อ.คงทรวง
 จ.มุกดาหาร
 1 ก.พ. 2561
 วันออกบัตร 1 Feb. 2018
 Date of Issue

5 เม.ย. 2569
 วันบัตรหมดอายุ 5 Apr. 2026
 Date of Expiry

4904-66-02010937

180
 170
 160
 148

200

มณฑลสุพรรณบุรี


 (CUSTOMER WORK)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๘2-00-1490

วันที่ 18 ส.ค. ๖3

ข้าพเจ้า นางประวิทย์ วงศ์กรวิชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 2490400018104

ที่อยู่ 81 หมู่ที่ 1 ม.ดงหลวง อ.ดงหลวง จ.มุกดาหาร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพฯ และพัฒนากรรโภสุภาพระดับพื้นที่ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>81 ม.1 ม.ดงหลวง</u> ถึง <u>ห้องประชุม สสอ. ดงหลวง</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร (<u>สองร้อยบาทถ้วน</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน [Signature]
นางประวิทย์ วงศ์กรวิชัย

ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 2 4904 00018 10 4
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ประวิทย์ วงศ์กระใส
 Name Mr. Parwit
 Last name Wongkraso
 เกิดวันที่ 6 ธ.ค. 2531
 Date of Birth 6 Dec. 1988

ที่อยู่ 81 หมู่ที่ 1 ต.คางคาง อ.คางคาง จ.ภูเก็ต
 จ.ภูเก็ต 81000
 19 ธ.ค. 2559
 วันออกบัตร 19 Dec. 2018

170 170
 160 160
 150 150

4904-02-12191412

ใ้รับใบตอบการในโครงการบูรณาการ
 200 บาท เท่านั้น

ใ้รับใบตอบการ
 200 บาท เท่านั้น

ใ้รับใบตอบการ
 200 บาท เท่านั้น

พ้า/พ้า
 ๒๒
 (มา ๒๒๘๖๖๖๖๖๖๖๖๖)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ก.ค. 63

ข้าพเจ้า นายมนตรี สุกุลเดช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3499900194544
 ที่อยู่ 69 หมู่ที่ 3 ม. ๑๓๓๓๓๓ อ. ๑๓๓๓๓๓ จ. ๑๓๓๓๓๓
 ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
 โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ.....จาก <u>69 ม.๑ ม.๑๓๓๓๓๓</u> ถึง <u>ท่าม่วง อ.สอ. ๑๓๓๓๓๓</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....)
	ตัวอักษร (<u>สองร้อยบาทถ้วน</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน

(นายมนตรี สุกุลเดช)

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

รักษาราชการแทนสาธารณสุขอำเภอตงหลวง

ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 4999 00194 54 4

ชื่อและนามสกุล นาย มนต์รี สกุลเดช
Name Mr. Montree
Last name Sakuldech
เกิดวันที่ 20 พ.ค. 2514
Date of Birth 20 May 1971
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 89 หมู่ที่ 3 ต.ดอนตาล อ.ดอนตาล
จ.มุกดาหาร
28 พ.ค. 2556
วันออกบัตร 28 May 2013
Date of Issue

วันบัตรหมดอายุ 29 พ.ค. 2666
วันบัตรหมดอายุ 29 May 2022
Date of Expiry

4903-01-05281038



สำนักงานคณะกรรมการบริหารราชการ
ส่วนท้องถิ่น

สำเนาถูกต้อง



(นายมนตรี สกุลเดช)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
รักษาราชการแทนสาธารณสุขอำเภอตงหลวง

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 16 ส.ค. 63

ข้าพเจ้า นายสุวิชาติ ทรัพย์ธรรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490100581511

ที่อยู่ 133 หมู่ที่ 5 ต.หนองแกดิน อ.ดงหลวง จ.มุกดาหาร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>133 ม.5 ต.หนองแกดิน อ.ดงหลวง</u> (ไป-กลับ)	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร (<u>สองร้อยบาทถ้วน</u>)	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นายสุวิชาติ ทรัพย์ธรรม)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4901 00581 51 1
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาย อภิชาติ ราชสุวรรณ
 Name Mr. Apichart
 Last name Ratsuwon
 เกิดวันที่ 19 มิ.ย. 2522
 Date of Birth 19 Jun. 1979
 ศาสนา พุทธ

ที่สุ 133 หมู่ที่ 5 ต.หนองแคน อ.คง พะเยา
 จ.สุโขทัย
 3 ก.ค. 2560
 วันระงับบัตร 3 Jul. 2017
 Date of issue

รูปถ่าย 200

18 มิ.ย. 2559
 วันพ้นอายุ 18 มิ.ย. 2020
 Date of Expiry

4901-03-07030930

บัตรประชาชน
 บัตรประชาชน
 บัตรประชาชน

สำเนาถูกต้อง

CS

BORA-9.2-04-2560

ประเทศไทย
 THAILAND

(นายอภิชาติ ราชสุวรรณ)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๘๒-๐๐-๑๔๙๐

วันที่ 16 ส.ค. ๖3

ข้าพเจ้า นางวิภาเกิด พิรัมย์ภักดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3A00500999145

ที่อยู่ ๙๙๕ ม. ๒ ต.หนองไผ่ อ.ดอนสวรรค์ จ.อุบลราชธานี ๓๖๑๔๐

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๔๐๐๐๐๐๕๓๗๗)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>๙๙๕ ม. ๒ ต.หนองไผ่ อ.ดอนสวรรค์ จ.อุบลราชธานี</u> (ไป-กลับ)	<u>๒๐๐</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร (<u>สองร้อยบาทถ้วน</u>)	<u>๒๐๐</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นางวิภาเกิด พิรัมย์ภักดิ์)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4905 00233 14 5
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง บำเพ็ญ ภิรมสุนทร
 Name Mrs. Bamphen
 Last name Phirunsunthon

เกิดวันที่ 7 มิ.ย. 2512
 Date of Birth 7 Jun. 1969

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 225 หมู่ที่ 2 ต.หนองแคน อ.คงคา
 จ.มุกดาหาร
 1 ต.ค. 2560
 วันออกบัตร 1 Dec. 2017

8 มิ.ย. 2569
 วันบัตรหมดอายุ 8 Jun. 2026

4904-03-12011117



200
 140
 130
 120
 110
 100
 90
 80
 70
 60
 50
 40
 30
 20
 10
 0

100
 200
 300
 400
 500
 600
 700
 800
 900
 1000

100
 200
 300
 400
 500
 600
 700
 800
 900
 1000

100
 200
 300
 400
 500
 600
 700
 800
 900
 1000

ภิรมสุนทร
 (มรณาทิต ภิรมสุนทร)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 ส.ค. 63

ข้าพเจ้า นายเกษมสวัสดิ์ ลอจกรกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3300200 130 139

ที่อยู่ 233 ม.6 ต.แสงสว่าง อ.หนองทราย จ.อุดรธานี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก 233 ม.6 ต.แสงสว่าง ถึง หนองทราย ส.อ. หนองทราย (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....).....
	ตัวอักษร (สอ.หนองทราย)	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นายเกษมสวัสดิ์ ลอจกรกุล)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 3002 00130 13 9**
 ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาย เกษมศักดิ์ ลอยครบุรี**
 Name **Mr. Gasemsak**
 Last name **Loykhonburi**
 เกิดวันที่ **25 ก.ย. 2513**
 Date of Birth **25 Sep. 1970**
 ศาสนา **พุทธ**
 ที่อยู่ **233 หมู่ที่ 6 ต.แสงสว่าง อ.หนองแสง จ.อุดรธานี**
 30 มิ.ย. 2558
 วันออกบัตร **30 Jun. 2015**
 Date of Issue
 (หน่วยบัญชาการป้องกันทางอากาศ) **24 ก.ย. 2558**
 วันที่ครบอายุ **24 Sep. 2023**
 Date of Expiry
 4899-03-06301534



100 100
 180 180
 150 150
 140 140

100 100
 180 180
 150 150
 140 140

100 100
 180 180
 150 150
 140 140

100 100
 180 180
 150 150
 140 140

วิ/พฤกษา

กน

กมลพร ๑๐๐๑๖๗

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 18 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า พล.วิมลวิมล ชื่นชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 14905 00109 146

ที่อยู่ 26 ม.3 ต.ดวนหลวง อ.ดวนหลวง จ.มุกดาหาร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนาอภิสุขภาพระดับพื้นที่ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ..... ๑. ค่าอาหารกลางวัน 25 คน x 50 บาท x 2 มื้อ ๒. ค่าอาหารกลางวัน 25 คน x 150 บาท	2,500 3,750|
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....(.....)
	ตัวอักษร (..... ทักษิณ สดงวัณท์ ทำสัมมากถัน.....)	6,250

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน พล.วิมลวิมล ชื่นชัย
 (นางสาววิมลวิมล ชื่นชัย)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 1 4905 00109 14 6
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. วิรุณญา ยืนยง
 Name Miss Wirunya
 Last name Yeunyang

เกิดวันที่ 21 ม.ค. 2532
 Date of Birth 21 Jan. 1989

ศาสนา พุทธ
 ศาสนา Buddhism

ที่อยู่ 26 หมู่ที่ 3 ต.คางคกร อ.คลองหลวง
 จ.มุกดาหาร
 7 ม.ค. 2558
 วันออกบัตร
 7 Aug. 2015
 Date of Issue

20 ม.ค. 2567
 วันบัตรหมดอายุ
 20 Jan. 2024
 Date of Expiry

4904-04-08070955

บัตรประชาชนอิเล็กทรอนิกส์โครงการบูรณาการ
 บัตรประชาชน



วิรุณญา ยืนยง
 21/1/89

บริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด
อุมลราชธานี
สาขาที่ 0383
145 ถ.ศรีนครินทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุมลราชธานี
34000
Tel. 045-260465-6
TAX ID. 0105546095724
ไม่รับเงิน

POS B09340000202874 RCPT# 8812
14/08/2020 15:19:24 USER#wachirayaa.ko
RC#300551 W5 TR# 3811582

Refer ABB Rcpt#722486
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0994000005377
สำนักงานใหญ่
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.)
อาคารศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ
99/8 ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งนนาเมฆ
เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

1. ผู้รับ: นายอำเภอหนองสูง ED 2467 3079 7 TH
น้ำหนัก 0.024 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

2. ผู้รับ: นายกเทศมนตรี ED 2467 3080 6 TH
หนองสูงเหนือ
น้ำหนัก 0.022 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

3. ผู้รับ: นายกเทศมนตรีบ้าน ED 2467 3081 0 TH
เป่า
น้ำหนัก 0.024 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

4. ผู้รับ: นายกเทศมนตรีภูวง ED 2467 3082 3 TH
น้ำหนัก 0.022 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

5. ผู้รับ: นายกองค้การบริหาร ED 2467 3083 7 TH
ส่วนตามลหนองสูงใต้
น้ำหนัก 0.024 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

6. ผู้รับ: นายกค้การบริหาร ED 2467 3084 5 TH
ส่วนตามลโนนฆาง
น้ำหนัก 0.024 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

รวมทั้งสิ้น B177.60
เงินสด B178.00
เงินทอน -B0.40

ลงมือ ผู้รับเงิน
(ช. Wachirayaa 1000 ต. กรุงเทพฯ)

บริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด
อุมลราชธานี
สาขาที่ 0383
145 ถ.ศรีนครินทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุมลราชธานี
34000
Tel. 045-260465-6
TAX ID. 0105546095724
ไม่รับเงิน

POS B09340000202874 RCPT# 8812
14/08/2020 15:19:24 USER#wachirayaa.ko
RC#300551 W5 TR# 3811582

Refer ABB Rcpt#722486
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0994000005377
สำนักงานใหญ่
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.)
อาคารศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ
99/8 ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งนนาเมฆ
เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

1. ผู้รับ: นายอำเภอหนองสูง ED 2467 3079 7 TH
น้ำหนัก 0.024 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

2. ผู้รับ: นายกเทศมนตรี ED 2467 3080 6 TH
หนองสูงเหนือ
น้ำหนัก 0.022 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

3. ผู้รับ: นายกเทศมนตรีบ้าน ED 2467 3081 0 TH
เป่า
น้ำหนัก 0.024 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

4. ผู้รับ: นายกเทศมนตรีภูวง ED 2467 3082 3 TH
น้ำหนัก 0.022 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

5. ผู้รับ: นายกองค้การบริหาร ED 2467 3083 7 TH
ส่วนตามลหนองสูงใต้
น้ำหนัก 0.024 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

6. ผู้รับ: นายกค้การบริหาร ED 2467 3084 5 TH
ส่วนตามลโนนฆาง
น้ำหนัก 0.024 Kg. TH 49160 หนองสูง
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

รวมทั้งสิ้น B177.60
เงินสด B178.00
เงินทอน -B0.40

ลงมือ ผู้รับเงิน
(ช. Wachirayaa 1000 ต. กรุงเทพฯ)

177 + 207 + 380 = 764

บริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด
อุมลราชธานี
สาขาที่ 0383
145 ถ.ศรีนครินทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
34000
Tel. 045-260465-6
TAX ID. 0105546095724
ไม่รับเงิน

POS B09340000202873 RCPT# 10380
18/08/2020 12:28:17 USER#Aloysamrong
RC#300551 W4 TR# 3812685

Refer ABB Rcpt#740465
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0994000005377
สำนักงานใหญ่
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.)
อาคารศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ
99/8 ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ
เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

1. ผู้รับ: อมต.เสาชิงชัย ED 2467 4028 1 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

2. ผู้รับ: นายกเทศมนตรี ED 2467 4029 5 TH
เมืองก้นทรลักษ์
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

3. ผู้รับ: นายกอมต.สวน ED 2467 4030 4 TH
กล้วย
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

4. ผู้รับ: นายก อมต.ขนุน ED 2467 4031 8 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

5. ผู้รับ: นายก อมต.มังคุด ED 2467 4032 1 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

6. ผู้รับ: นายก อมต.บัวอ้อม ED 2467 4033 5 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

7. ผู้รับ: นายกอมต.สังเม็ก ED 2467 4034 9 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

บริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด
อุมลราชธานี
สาขาที่ 0383
145 ถ.ศรีนครินทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
34000
Tel. 045-260465-6
TAX ID. 0105546095724
ไม่รับเงิน

POS B09340000202873 RCPT# 10380
18/08/2020 12:28:17 USER#Aloysamrong
RC#300551 W4 TR# 3812685

Refer ABB Rcpt#740465
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0994000005377
สำนักงานใหญ่
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.)
อาคารศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ
99/8 ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ
เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

1. ผู้รับ: อมต.เสาชิงชัย ED 2467 4028 1 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

2. ผู้รับ: นายกเทศมนตรี ED 2467 4029 5 TH
เมืองก้นทรลักษ์
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

3. ผู้รับ: นายกอมต.สวน ED 2467 4030 4 TH
กล้วย
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

4. ผู้รับ: นายก อมต.ขนุน ED 2467 4031 8 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

5. ผู้รับ: นายก อมต.มังคุด ED 2467 4032 1 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

6. ผู้รับ: นายก อมต.บัวอ้อม ED 2467 4033 5 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

7. ผู้รับ: นายกอมต.สังเม็ก ED 2467 4034 9 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

8. ผู้รับ: นายก อมต.รุ่ง ED 2467 4035 2 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

9. ผู้รับ: นาย อมต.กระแจะ ED 2467 4036 6 TH
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

10. ผู้รับ: นายก อมต.กุหา ED 2467 4037 0 TH
หมอก
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40

11. ผู้รับ: นายก อมต.ทุ่ง ED 2467 4038 3 TH
ใหญ่
น้ำหนัก 0.028 Kg. TH 33110 ก้นทรลักษ์
N EMS ในประเทศ B37.00
ส่วนลดส่งเสริมราชการชาย B-7.40




12. ผู้รับ: นายกอเม็กก้นทร ED 2467 4039 7 TH

380
2

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม




กิจกรรม ประชุมชี้แจงทีมระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
วันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคงหลวง อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
1	นายสงกา สามารถ	มูลนิธิประชาสังคัมจังหวัดอุบลราชธานี 103 หมู่ 2 ต.นาอุดม อ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร	083-312-81012	Songka_samarat@hotmail.com	บจ 9161 มุกดาหาร	
2	นางสาวจกกลณี ศิริรัตน์	มูลนิธิประชาสังคัมจังหวัดอุบลราชธานี 30/2 ถนนวิหาชาติ อำเภอวารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190	086-478-8322	csu.ubn@gmail.com	พ.5367 อุบลราชธานี	
3	นางสาวภัทราวดี พลเยี่ยม	มูลนิธิประชาสังคัมจังหวัดอุบลราชธานี 258 หมู่ 17 ต.ไร่น้อย อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี 34000	064-456-4196	ponyiam11@gmail.com	กง.6200 อุบลราชธานี	
4	นางสาวภัทรนิษฐ์ สุวรรณภูมิ	มูลนิธิประชาสังคัมจังหวัดอุบลราชธานี 299 หมู่ 18 ต.ขามใหญ่ อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี 34000				
5	ดร.พิสมัย ศรีเนตร	คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 78/183 ซ.พหลโยธิน54/1แยก4-47(ม.บุรี นทร) แขวงสายไหม เขต สายไหม กรุงเทพฯ	086-386-2035	pismai@gmail.com		3

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมชี้แจงทีมระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
วันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
๕ 4	นายพิพนธ์ ยืนยาว	มูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี 188/1 หมู่ที่ 2 ต.โพนงาม อ.เดชอุดม จ.อุบลราชธานี	092-4049977	ole.detudom@gmail.com	บน.2674 อุบลราชธานี	
๗ 5	นายวินัย วงศ์อาสา	88/47 ต.แจระแม อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี	066-0170002	winai_wongarsa@hotmail.co.th	กอ 43 อุบลราชธานี	
๘ 6	นางสาวดวงมณี นารีนุช	มูลนิธิพิทักษ์กรรมชาติเพื่อชีวิต 58/5 ถ.เชื่อนธานี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี	080-184-0443	duangmanee-nareenuch @hotmail.com	กม.1365 อุบลราชธานี	
9	นายสมบุญณ์ เพ็ญพิมพ์	สนง.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลฯ	090-197-5287			
						3

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมชี้แจงที่ระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

วันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 16.00 น. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคงหลวง อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร






ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
6	น.ส. วนิดา วัฒนวิเศษ	สมัครสมาชิกสมาคมฯ	064-3989875	Yoonor012@gmail.com	สุโขทัย 1538	
7	น.ส. อธิชา จอดาทนัย	พนักงานจ้าง กต.มท.นท	094-5890955		กบฉ 189 สุโขทัย	
8	น.ส. ณิชพร ไผ่นทร์	ผู้ช่วยนักวิชาการบริหาร	0916946465	Tock-ta-ta@Windowslive.com	กบ. 7296 สุโขทัย	
9	นท นริศม อภินันท์	พนักงานบริหารงานพิเศษ	088 3297668		ด.ด. 8497 สุโขทัย	
10	นายอเนศย์ รูปแสง	พนักงานศึกษาพิเศษ	0896026019	sonbudyee.dj@gnail.com	สุโขทัย	

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมชี้แจงที่มีระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

วันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 16.00 น. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคงหลวง อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร





ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
11	นายสุนทร	นศ.ร. วิทยุ ม.ว.ร.อ.คงหลวง	081-117-9992	gmail.com chaithonyea	มอ. 5529 spamm	
12	นายอรรษา ไชยสิทธิ์	นศ.ร. สาธารณสุขปฐกสิณ ทต. กาดชุม	0866398753	TheTinkler@gmail.com	ม.ท. 7053 กาดชุม	
13	นายวชิระ/วชิระ	อ.ร.ร.กาดชุม/อ.ร.ร. นศ.ร. กาดชุม	0979010019	pc.haidkadeh@nt	18 997 552105	
14	นายอรรษา ไชยสิทธิ์	อ.ร.ร.อ.อ.อ.อ. อ.อ.อ.อ. อ.ร.ร.อ.อ.อ.อ.	0979187724	Huangranyaiph@gmail.com	มอ. 5221 spamm	
15	นางอภิญญา พอลิงก์	จพ. ตำรวจมสข อ.อ.อ.อ.อ. จพ.ต. อ.อ.อ.อ.	098-2249233	Apinyaa@gmail.com	มอ. 5730 กาดชุม	 5

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมชี้แจงทีมระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการค้าเป็นงาน ครั้งที่ 2 อำเภอคลองหลวง จังหวัดมุกดาหาร

วันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 16.00 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดมุกดาหาร

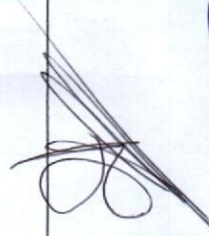

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
16	นายณัฐพร ธรรมดี	นาง.ศิริพร นพ. รักษาทิพย์	๐๙๕๖๖/๕๕๓๕		มข ๙๕๙๐๕ มข	
17	นายสุวิทย์ งามวงศ์ไชย	คณบดี คส.	๐๘๙๗๖๕๙๓๙๐	toomdany.sawongchai@netmail.co	๓๐/๑๐๖ จกทตบ	
18	นายสมชาย ธรรมดี	คส. มอ.สงขล.	๐๘๐๔๓๘๙๐๐		๓๐.๕๕๙๐ ๕๐๐๐๕	
19	นายอดิศักดิ์ ธรรมดี	คณ.คส. สอ.มอ.	๐๙๕-๖๑๒๘๘๕	๕๑๒๓๑๖๒๒๑๐	๓๐๕๑๗๐๕ กทตบ	
						4

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมชี้แจงที่ระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการค้าเงินงาน ครั้งที่ 2 อำเภอคงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

วันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคงหลวง อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
20	ทวสิน วัฒนสินธุ์	610-511-5011 มอ. 511-5011 มอ.	097 3141253	Pon-gistke@verveit.com.	202547 สปทพธ	
21.	นิตยา/นางนิตยา ธิดาบุญดี	๖๖๖ ๖๖๖/๖๖๖๖๖ มอ. /๖๖๖	095-3962925		39209 นิตยาบุญดี	
						2