

สรุปการใช้เงิน (เขต 10)

กิจกรรม.....ประชุมชี้แจงทีมระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 พื้นที่ อำเภอนองสูง จังหวัดมุกดาหาร.....

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่

วันที่...21 สิงหาคม 2563.... สถานที่...ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนองสูง จังหวัดมุกดาหาร...

1	ค่าตอบแทน	2,500
1.1	วิทยากร	
1.2	ผู้ช่วยวิทยากร	
1.3	คณะทำงาน 5 คน x 500 บาท	2,500
1.4	พี่เลี้ยงโครงการ	
1.5	เจ้าหน้าที่จัดประชุม	
1.6	ประสานงาน	
2	ค่าวัสดุ	
2.1		
3	ค่าเดินทาง	4,600
3.1	ค่าเดินทางวิทยากร	
3.2	ค่าเดินทางคณะทำงาน	1,400
3.3	ค่าเดินทางพี่เลี้ยงโครงการ	
3.4	ค่าเดินทางผู้เข้าร่วมประชุม 16 คน x 200 บาท	3,200
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) หนึ่งหมื่นสองพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน	12,100

หมายเหตุ เบิกจ่ายจากงบประมาณหมวด.....

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

แบบแจกแจงรายจ่าย รายการกิจกรรม กิจกรรม....ประชุมชี้แจงทีมระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการ  
 ดำเนินงาน ครั้งที่ 2 พื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร.....

ประจำเดือน.....21 สิงหาคม 2563.....

หมวดค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน(บาท)
ค่าจ้าง	
ค่าตอบแทน	2,500
ค่าใช้จ่าย 1,400 + 3,200 + 5,000	9,600
ค่าวัสดุ	
สาธารณูปโภค	
อื่น (ระบุ)	
รวมทั้งสิ้น	12,100



## ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 21 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)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนาภาคสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน... คณะทำงาน .....	500
	ค่าเดินทาง <input checked="" type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ เมืองมุกดาหาร จังหวัด มุกดาหาร ถึง อำเภอ ทนดงสูง จังหวัด มุกดาหาร ระยะทาง 175 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ กน 1365 มุกดาหาร <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางเหมาจ่าย .....	1400
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร( ทนดงสูง 1365 มุกดาหาร )	1900

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....

(นางสาวดวงมณี นารีนุช)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)



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

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ดวงมณี นารีหนู  
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.เมืองมุกดาหาร  
จ.มุกดาหาร  
9 ก.ค. 2557  
วันออกบัตร  
9 Jul. 2014  
Date of Issue

1900

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

3801-02-0091-1-2

สำนักงานทะเบียนเงินโครงการบูรณาการ  
บ้านเท่านั้น

ถ้าเนาถูกต้อง

*(Handwritten signature)*



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 21 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..... <u>คุณำทำงาน</u> .....	<u>500</u>
	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( <u>ทำโครงการกับ</u> ).....	<u>500</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน วินัย  
 ( นายวินัย วงศ์อาสา)

ผู้จ่ายเงิน .....  
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)







ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 21 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

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

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

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนาไกลสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... <u>คณาจารย์</u> .....	<u>500</u>
	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(..... <u>ทักษิณภักดิ์</u> .....)	<u>500</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....  
 (นายสงกา สามารถ)

ผู้จ่ายเงิน .....  
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)





สำเนาถูกต้อง

*[Handwritten Signature]*  
(นางชนก สมชาติ)



## ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 21 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 099400005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... <u>ค่าทำงาน</u> .....	<u>500</u>
	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(..... <u>ห้าร้อยบาทถ้วน</u> .....)	<u>500</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....

(นางสาว จงกลณี ศิริรัตน์)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)



**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 5 4097 99000 85 5  
 Identification Number

**นางสาว น.ส. จงกตน์ ศิริรัตน์**  
 Name Miss Jongkotee  
 Last name Sirirat  
 เกิด 14 ม.ค. 2500  
 Date of Birth 14 Jan. 1957

เลขที่ 30/2 อ.วิเศษ ต.วังหว้า อ.แกลง จ.ชลบุรี  
 จ.ชลบุรี  
 14 ม.ค. 2559  
 14 Jan. 2016  
 13 ม.ค. 2587  
 13 Jan. 2024  
 3600-02-01141001

*คำทวงใช้ประกอบบัตรเงินโครงการ  
 500 บาท เท่านั้น*

**สำเนาถูกต้อง**

BORA-53-06

ประเทศไทย  
 THAILAND

JT2-0971006-27



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 21 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)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ และพัฒนาคุณภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... <u>คณาทำงาน</u> .....	<u>500</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>.....</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p>	
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร( <u>ห้าร้อยบาทถ้วน</u> )	<u>500</u>

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

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ภัทธราวดี พลเยี่ยม  
 Name Miss Phattharawadee  
 Last name Phonyiam  
 วันที่ 17 ก.ย. 2532  
 Date of Birth 17 Sep. 1989  
 สถานภาพสมรส Single

ที่อยู่ 258 หมู่ที่ 17 ต.เวียง อ.เมืองจันทบุรี จ.จันทบุรี  
 27 ต.ก. 2554  
 27 Aug 2014  
 18 Sep. 2021

จำนวนเงินคงเหลือในบัตร 500 บาท



จำเป็นต้อง  
 ทัศนวิสัย  
 (นางสาวทัศนวิสัย ทัศนวิสัย)







**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 3414 00221 86 4  
 Identification Number

**ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย จำเนียร ก้อนด้วง**  
 Name Mr. Jumrial  
 Last name Konduang  
 เกิดวันที่ 28 ม.ค. 2508  
 Date of Birth 28 Jan. 1965  
 ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 116 หมู่ที่ 1 ต.บ้านเป้า อ.หนองสูง  
 จ.มุกดาหาร  
 28 ม.ค. 2558  
 28 Jan. 2015  
 27 ม.ค. 2568  
 27 Jan. 2023  
 (มณฑลพิธีชูชีพ)  
 4907-02-01281011



กรมการปกครอง  
 กระทรวงมหาดไทย  
 ๒๐๑๖

**สำเนาถูกต้อง**



(ศษจวินัย ๓๐๔๓๑)



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นายคง นาคจิษฐ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490500174360

ที่อยู่ 40 หมู่ 7 ม.หนองสนมเหนือ อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ 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 type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)	.....
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก 40 หมู่ 7 ม.หนองสนมเหนือ ถึง หนองปรือ สสอ.หนองสูง (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร ( ๙๐๐ โยง มาก ถ้วน )	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....  
 ( นายคง นาคจิษฐ์ )

ผู้จ่ายเงิน .....  
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)



**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
เลขประจำตัวประชาชน 3 4905 00174 36 0  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย จุฬ่า อาจวิชัย  
Name Mr. Chula  
Last name Ardwichai  
เกิดวันที่ 17 ม.ค. 2512  
Date of Birth 17 Jan. 1969  
ศาสนา พุทธ

ที่เลข 40 หมู่ที่ 7 ต.หนองสูงเหนือ  
อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร

7 ก.ย. 2560  
วันออกบัตร  
7 Sep. 2017  
Date of Issue

รหัสตัวบัตร 20  
(ตัวหลัก บัญชีเลข 5 หลัก)  
เจ้าพนักงานออกบัตร

16 ม.ค. 2569  
วันบัตรหมดอายุ  
16 Jan. 2026  
Date of Expiry

4907-03-09071834

กรมการปกครอง  
ปทุมธานี



17/มค/2018



(นางสาวพรวิณี)



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า น.ส. สุวิมล อธิวิท เลขบัตรประจำตัวประชาชน 999030019049

ที่อยู่ 555/601 ม.2 ต.ศิลา อ.เมือง อ.ขอนแก่น

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>555/601 ม.2 ต.ศิลา</u> ถึง <u>ห้องประชุม สสอ. นนทบุรี</u> (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	..... (.....)
	ตัวอักษร ( <u>สองร้อยบาทถ้วน</u> )	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ( น.ส. สุวิมล อธิวิท )

ผู้จ่ายเงิน (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)



**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 3303 00019 04 3  
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. สาวิตรี สุรวิทย์  
 Name Miss Sawitree  
 Last name Surawit  
 เกิดวันที่ 10 ก.ค. 2523  
 Date of Birth 10 Jul. 1980

ศาสนา พุทธ  
 ที่อยู่ 555/601 หมู่ที่ 2 ต.ศิลา อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000  
 Address 555/601 Moo 2, Sila Sub-township, Mueang Khon Kaen Province 40000

12 ก.ค. 2561  
 วันออกบัตร 12 Dec. 2018  
 9 ก.ค. 2570  
 วันบัตรหมดอายุ 9 Jul. 2027  
 (สุวิทย์ สุรวิทย์) (สุวิทย์ สุรวิทย์)  
 เจ้าหน้าที่งานเอกสาร Date of Expiry 4001-03-12121157



สำหรับใช้ประกอบทำใบเงินโครงการบูรณาการ  
 ของหน่วยงาน

**สำเนาถูกต้อง**

สำเนาถูกต้อง



น.ส. สาวิตรี สุรวิทย์  
 (สุวิทย์ สุรวิทย์)



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า ศุภกิติภัทร์ พิณพ้อง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490500152902


ที่อยู่ 75 ม.1 ต.หนองสูง อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร

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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>75 ม.1 ต.หนองสูง</u> ถึง <u>ห้องประชุม สสอ. หนองสูง</u> (ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....)
	ตัวอักษร ( <u>สองร้อย บาทถ้วน</u> )	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน   
 ( ศุภกิติภัทร์ พิณพ้อง )

ผู้จ่ายเงิน.....  
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

 บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 4905 00157 90 2

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ทิวทัศน์ พันธุ์  
Name Mr. Thiwat  
Last name Punpur  
เกิดวันที่ 20 พ.ค. 2517  
Date of Birth 20 May 1974

ศาสนา พุทธ

อายุ 75 หมู่ที่ 1 ต.หนองสูง อ.หนองสูง  
จ.มุกดาหาร 20 พ.ค. 2557  
วันออกบัตร 29 May 2014 (นายสีหพงษ์ สำนะบุตร) เจ้าพนักงานออกบัตร


รับบัตรหมดอายุ 19 พ.ค. 2565  
วันบัตรหมดอายุ 19 May 2022

4907-01-0520093\*

*สำหรับใช้ประกอบการเบิกจ่ายโครงการบูรณาการฯ*  
*จำนวน 200 บาท เท่านั้น*



สำเนาถูกต้อง

  
(นายสีหพงษ์ สำนะบุตร)



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นางอริษะพร บุรัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 749 0500121622

ที่อยู่ 111 ม. 3 ต.หนองสูง อ.หนองสูง 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>111 ม. 3 ต.หนองสูง</u> ถึง <u>ท่าอู่ท่าเรือ ส.สอ. หนองสูง</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 (นางอริษะพร บุรัตน์)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 4905 00121 62 2  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นางสาว รียะพร บุรัตน์  
Name Mrs. Riyaporn  
Last name Burat  
เกิดวันที่ 21 มี.ค. 2526  
Date of Birth 21 Mar. 1983  
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 111 หมู่ที่ 3 ต.หนองสูงใต้ อ.หนองสูง  
จ.มุกดาหาร  
30 เม.ย. 2558  
วันออกบัตร  
30-Apr. 2015  
Date of Issue

เจ้าพนักงานออกบัตร

20 มี.ค. 2587  
วันบัตรหมดอายุ  
20 Mar. 2024  
Date of Expiry

4907-02-04301030

กรมการปกครอง  
สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย  
นางพ ทัศนีย์



สำเนาถูกต้อง

*(Handwritten signature)*



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490  
วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นางสาวจิราภา น.ส.น.น. เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1-46609-00054-24-7  
ที่อยู่ 9 หมู่ 2 ต.บาง 6-นบพตพิ จ.สุพรรณบุรี  
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (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 type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)	.....
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>9 หมู่ 2 ต.บาง</u> ถึง <u>ต.บางคนที จ.สุพรรณบุรี</u> (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร ( <u>สองร้อยบาทถ้วน</u> )	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน   
( นางสาวจิราภา น.ส.น. )

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 4609 00054 24 1

**ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. จินตนา แสนสุข**  
 Name Miss Jintana  
 Last name Sensuk

**เกิดวันที่ 3 มิ.ย. 2532**  
 Date of Birth 3 Jun. 1989

**อายุ 9 หมู่ที่ 2 ต.ม่วง อ.หนองสูง**  
 จ.มุกดาหาร  
 14 ก.พ. 2563  
 วันออกบัตร (นายอนุทิน ชาญวีรกูล)  
 14 Feb. 2020 (นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

**2 มิ.ย. 2571**  
 วันบัตรหมดอายุ  
 2 Jun. 2028

4907-03-02141444



สำเนาบัตรประชาชน  


(นางจินตนา แสนสุข)



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นางนงนุช อิ่มนวล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490500154666

ที่อยู่ 21 หมู่ 4 ต.หนองปรือ อ.บางพระ จ.ชลบุรี

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>21 หมู่ 4 ต.หนองปรือ</u> ถึง <u>หนองปรือ ส.อ. บางพระ</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 (นางนงนุช อิ่มนวล)

ผู้จ่ายเงิน .....  
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 4905 00154 46 6  
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง พนมเทียน วิเศษศรี  
Name Mrs. Panomtien  
Last name Wisetsri  
เกิดวันที่ 17 ต.ค. 2514  
Date of Birth 17 Oct 1971  
ศาสนา พุทธ  
อายุ 21 หมู่ที่ 4 ต.หนองสูงเหนือ  
อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร  
4 พ.ย. 2566  
วันออกบัตร 4 Nov 2013 (ของใช้ของ สานตราบุส)  
Date of Issue สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย  
16 ต.ค. 2566  
วันบัตรหมดอายุ 16 Oct 2022  
Date of Expiry 4907-01-11041334

กรมการปกครอง  
บาท พันนั้น  
200



สำเนาถูกต้อง

ส่ง  
(คนออกบัตร วิเศษศรี)



ใบสำคัญรับเงิน

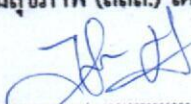
สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นางอนันต์ จันทร์ชาติ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 1905 00001295  
 ที่อยู่ 199 หมู่ที่ 1 ม.โนนขวาง อ.หนองสูง 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 199 ม.1 ม.โนนขวาง ถึง หนองสูง สสอ. หนองสูง (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร ( ก้อยอนันต์จันทร์ )	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน   
 ( นางอนันต์ จันทร์ชาติ )

ผู้จ่ายเงิน .....  
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

 บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 4905 00001 29 5  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง อานรี วังคะฮาด  
Name Mrs. Anree  
Last name Wangkhahat

เกิดวันที่ 30 พ.ค. 2516  
Date of Birth 30 May 1973

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 199 หมู่ที่ 1 ต.โนนยาง อ.หนองสูง  
จ.อุทัยธานี 19000


29 พ.ค. 2563  
วันออกบัตร 29 May 2020  
Date of Issue (นายธนาคม จงจิระ)  
เจ้าพนักงานทะเบียน

29 พ.ค. 2571  
วันบัตรหมดอายุ 29 May 2028  
Date of Expiry 4907-03-05291028



สำหรับใช้ก่อนการขึ้นโครงการบูรณาการ  
บาท เท่านั้น

ถ้าเนาถูกต้อง

  
Cmthn (วังคะฮาด)



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นาง มะลิดา กลกประพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490500158291

ที่อยู่ 30 หมู่ 8 ต.หนองสาหร่าย อ.หนองหญ้าปล้อง จ.สุพรรณบุรี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ 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 30 ม. 8 ต.หนองสาหร่าย ถึง หนองปรือ ส.ว. หนองปรือ (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	..... (.....)
	ตัวอักษร ( สดโอมภกถวัน )	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน นาย กลกประพันธ์  
(นาง มะลิดา กลกประพันธ์ )

ผู้จ่ายเงิน .....  
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4905 00158 29 1  
 Identification Number

**ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง มะลิดา กลางประพันธ์**  
 Name Mrs. Malida  
 Last name Kiangpraphan  
 เกิดวันที่ 28 ก.ย. 2506  
 Date of Birth 28 Sep 1963  
 ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 30 หมู่ที่ 8 ต.หนองสูงเหนือ  
 อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร  
 12 ต.ค. 2555  
 วันออกบัตร  
 12 Oct. 2012 (ระบุชื่อตัวและชื่อสกุล)  
 Date of Issue

27 ก.ย. 2564  
 วันหมดอายุ  
 27 Sep. 2021  
 4907-02-10121542  
 Date of Expiry

บัตรประชาชน  
 บัตรประชาชน  
 บัตรประชาชน





สำเนาถูกต้อง  
 มลฤดี กลางประพันธ์  
 (นางมะลิดา กลางประพันธ์)



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า พทกตณัฏ วังดงชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480500063099

ที่อยู่ ๖๘ ๗. ๑. ต.หนองสาหร่าย อ.หนองสาหร่าย จ.กาญจนบุรี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ 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>๖๘ ๗. ๑. ต.หนองสาหร่าย</u> ถึง <u>ห้องประชุม ศสอ.หนองสาหร่าย</u> (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร ( <u>สองร้อยบาทถ้วน</u> )	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน พทกตณัฏ วังดงชัย  
 ( พทกตณัฏ วังดงชัย )

ผู้จ่ายเงิน .....  
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4805 00063 02 9  
 Identification Number

**ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง กรรณิกา วงศ์ชาติ**  
 Name Mrs. Kannika  
 Last name Vangkahat

เกิดวันที่ 4 ก.พ. 2508  
 Date of Birth 4 Feb. 1965

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 58 หมู่ที่ 3 ต.หนองสูง อ.หนองสูง  
 จ.มุกดาหาร

4 พ.ย. 2559  
 วันออกบัตร  
 4 Nov. 2016  
 Date of Issue

3 ก.พ. 2568  
 วันบัตรหมดอายุ  
 3 Feb. 2025  
 Date of Expiry

4907-03-11041319

200 บาท เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

*Mr*

(mmmm slonouy)



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า น.ส. นิชารัตน์ ลิ้มพานิช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490500154962

ที่อยู่ 528 ต.หนองสูงเหนือ อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ 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>528 ต.หนองสูงเหนือ</u> ถึง <u>หนองผกม สิงห์ อ.หนองสูง</u> (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	..... (.....)
	ตัวอักษร ( <u>สองร้อยบาทถ้วน</u> )	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ( น.ส. นิชารัตน์ ลิ้มพานิช )

ผู้จ่ายเงิน (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 4905 00154 96 2  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง นียาวัน เลิศชาญ  
Name Mrs. Niyawan  
Last name Lerdchan  
เกิดวันที่ 23 ต.ค. 2510  
Date of Birth 23 Oct. 1967  
ศาสนา พุทธ

ที่อยู 5 หมู่ที่ 8 ต.หนองสูงเหนือ อ.หนองสูง  
จ.มุกดาหาร  
28 ต.ค. 2558  
วันออกบัตร 28 Oct. 2015

รูปถ่าย  
22 ต.ค. 2567  
วันหมดอายุ 22 Oct. 2024

4907-02-10280914

เจ้าพนักงานออกบัตร

กรมการปกครอง

สำเนาถูกต้อง

(นาง นียาวัน เลิศชาญ)



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นางสาวจิตทิพย์ คันทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490500124660

ที่อยู่ A ม. 17 ต.นิคมดำสำโรง อ.นิคมดำสำโรง จ.สมุทรสาคร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ 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 4 ม. 17 ต.นิคมดำสำโรง ถึง หนองแขม สสอ.หนองแขม (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร ( สอ. หนองแขม )	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....  
 (นางสาวจิตทิพย์ คันทอง )

ผู้จ่ายเงิน .....  
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4905 00128 66 0  
 Identification Number

**ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. จิราภัทร จันปoom**  
 Name Miss Chirapat  
 Last name Chunpoom

**เกิดวันที่ 23 มิ.ย. 2517**  
 Date of Birth 23 Jun. 1974

**ศาสนา พุทธ**

**อายุ 4 หมู่ที่ 13 ต.นิคมคำสร้อย อ.นิคมคำสร้อย**  
 จ.มุกดาหาร

**11 ก.พ. 2557**  
 วันออกบัตร 11 Feb. 2014  
 (นายดำรงพร ห่านตระกูล) เจ้าพนักงานออกบัตร

**22 มิ.ย. 2565**  
 วันบัตรหมดอายุ 22 Jun. 2022  
 Date of Expiry

4907-0102111001

บัตรประจำตัวประชาชน  
 บัตรประชาชน  
 บัตรประชาชน  
 บัตรประชาชน

**สำเนาถูกต้อง**

ศาสตราจารย์พิเศษ ดินใจ  
 ๕๗/๕๑๖๓



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า น.ส. อัจฉรา คนนาญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1450900002023

ที่อยู่ 97 ม.1 ต.จวบ อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ 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 type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)	.....
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>อ.จ.1 ม.จวบ</u> ถึง <u>ท่าอากาศยาน สอ.หนองสูง</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 อ.อ. น.ญ  
 (น.ส. อัจฉรา คนนาญ )

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
เลขประจำตัวประชาชน 1 4905 00002 02 3  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. อัจฉรา คนหาญ  
Name Miss Adchara  
Last name Khonhan  
เกิดวันที่ 15 ม.ค. 2527  
Date of Birth 15 Jan. 1984  
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 97 หมู่ที่ 1 ต.ม่วง อ.หนองสูง  
จ.มุกดาหาร  
20 ส.ค. 2558  
วันออกบัตร  
20 Aug. 2015  
Date of Issue

(นายคุณัฐ บุญราช)  
เจ้าพนักงานออกบัตร

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

4907-03-08201211

สำหรับใช้ประกอบการเบิกเงินโครงการบูรณาการ  
บาท เท่านั้น



สำเนาถูกต้อง

อัจฉรา

น.ส. อัจฉรา คนหาญ



ใบสำคัญรับเงิน


สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า น.ส. นวาท ศุภรรณพงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190500200026  
 ที่อยู่ 17 ซ.บ ม้าน้ำ 1150 ม.บ้านไร่ อ.หนองบัว อ.สุโขทัย  
 ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (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 type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)	.....
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก 47 ซ.บ ม.บ้านไร่ ถึง หนองบัว อ.สุโขทัย (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (สองร้อยบาทถ้วน )	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน   
 (น.ส. นวาท ศุภรรณพงษ์ )

ผู้จ่ายเงิน .....  
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

 บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 4905 00200 02 6

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. หวานตา สุวรรณพันธ์  
Name Miss Wanta  
Last name Suwan-napant

เกิดวันที่ 30 ก.ย. 2516  
Date of Birth 30 Sep. 1973

ศาสนา พุทธ  
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 47 หมู่ที่ 6 ต.บ้านเป้า อ.หนองสูง  
จ.อุทัยธานี

1 พ.ย. 2556  
วันออกบัตร 1 Nov. 2013  
Date of issue

29 ก.ย. 2556  
วันบัตรหมดอายุ 29 Sep. 2022  
Date of Expiry

4907-02-11031525



ใบใช้บารุงการเบิกเงินโครงการบูรณาการ  
บาท เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

หวนตา สุวรรณพันธ์  
21 ส.ค. 63



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นางสาวจรรยา พนงโพธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 6460900076929

ที่อยู่ 21 ม.1 ต.โนนยาว อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาภูมิสุขภาพระดับพื้นที่ 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 21 ม.1 ต.โนนยาว ถึง หนองสูง จ.มุกดาหาร (ไป-กลับ)	200
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	..... (.....)
	ตัวอักษร (..... สอนโซนนากัก 4 .....) )	200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....  
 (นางจรรยาจรรยา พนงโพธิ์ )

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 4605 00076 92 9  
 Identification Number

**ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. สวัสดิรา พันธุ์โพธิ์**  
 Name Miss Sawatsara  
 Last name Puntupo  
 เกิดวันที่ 22 เม.ย. 2520  
 Date of Birth 22 Apr. 1977  
 ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 21 หมู่ที่ 1 ต.โนนยาง อ.หนองสูง  
 จ.มุกดาหาร  
 26 เม.ย. 2561  
 วันออกบัตร 20-Apr-2018  
 (เจ้าพนักงานออกบัตร)


21 เม.ย. 2570  
 วันบัตรหมดอายุ 21-Apr-2027  
 Date of Expiry

4907-02-04280913



งดหยิบใช้ประกอบการเบิกเงินโครงการบูรณาการ  
 งบฯ แทนนั้น

**สำเนาถูกต้อง**

  
 (นางสาวจรรยา พงษ์โพธิ์)



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2513

ข้าพเจ้า นางสิริมนต์ ชีวะอักษร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 7 7 4 9 9 0 0 7 9 5 1 0 2  
 ที่อยู่ ร.ส. นนทบุรี อ.นนทบุรี ส. 4 กทม  
 ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)  
 โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะ 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 type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ) <input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก <u>60 ซ. 7 ต. กำแพง</u> ถึง <u>หน้าปากซอย ร.ส. นนทบุรี</u> (ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<u>200</u>
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	..... (.....)
	ตัวอักษร ( <u>สองร้อยบาทถ้วน</u> )	<u>200</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....  
 (.....)

ผู้จ่ายเงิน .....  
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอักษรกุล)

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 3499 00388 10 2  
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ธัญญธร นิติตธานี  
 Name Miss Thanyatorn  
 Last name Nithittani

เกิดวันที่ 20 พ.ค. 2508  
 Date of Birth 20 May 1965

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 60 หมู่ที่ 7 ต.คำขวาง อ.วาปีปทุม จ.อุบลราชธานี  
 10 ส.ค. 2563  
 วันออกบัตร (นายณาคม จงจิระ)  
 Date of Issue

19 พ.ค. 2572  
 วันบัตรหมดอายุ  
 19 May 2029  
 Date of Expiry

4907-11-08101156



ใบนี้ใช้ประกอบบัตรเงินโครงการบูรณาการ  
 บาท เท่านั้น

  
 (นางสาวธัญญธร นิติตธานี)

**สำเนาถูกต้อง**



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 21 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า หม่อมเจ้าฟ้าจันทร์ แสงนิเวศน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 34905 00 157708

ที่อยู่ 86 หมู่ที่ 1 ต.หนองสูงเหนือ อ.หนองสูง 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 type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ)	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	.....
	<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ <u>อาหารว่าง 20 คน x 50 บาท x 2 มื้อ</u> <u>อาหารกลางวัน 20 คน x 150 บาท</u>	<u>2000</u> <u>3000</u>
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....)
	ตัวอักษร ( <u>ห้าพันบาทถ้วน</u> )	<u>5000</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....

( จันทร์เพ็ญ แสงนิเวศน์ )

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 4905 00157 70 8

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย มีทรัพย์ แสนโคตร



Name Mr. Meesap  
 Last name Saenkhot  
 เกิดวันที่ 31 ก.ค. 2513  
 Date of Birth 31 Jul. 1970



ที่อยู่ 86 หมู่ที่ 1 ต.หนองสูงเหนือ

อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร

1 ต.ค. 2555

วันออกบัตร

1 Oct. 2012

Date of Issue

(นายชวน ศรีนันท)

เจ้าพนักงานออกบัตร

30 ก.ค. 2564

วันบัตรหมดอายุ

30 Jul. 2021

Date of Expiry

4907-02-10011023

การบัญชีและการเงินโครงการบูรณาการ  
 จำนวน.....บาท เท่านั้น

0  
 ๖๖๖๖ ๖๖๖๖๖  
 ๖๖๖๖

(ชื่อ มีทรัพย์ แสนโคตร)

BORA-26-06



ประเทศไทย  
 THAILAND





JC1-0616707-89



สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมชี้แจงทีมระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 พื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร  
วันศุกร์ที่ 21 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 15.00 น. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	ดร.พิสมัย ศรีเนตร	คณบดีรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	086-3862035	pismais@gmail.com		
	นางสาวดวงมณี นารีบุษ	มูลนิธิพิทักษ์ธรรมชาติเพื่อชีวิต 58/5 ถ.เขื่อนธานี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี	080-1840443	duangmanee-nareenuch @hotmail.com	ทม. 1765 9มฉ.	
	นายรพีพันธ์ ยืนยาว	มูลนิธิประชาชนสังคมจังหวัดอุบลราชธานี 58/6 ถ.เขื่อนธานี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี	092-4049977	ole.detudom@gmail.com		
	นายวินัย วงศ์อาสา	88/47 ต.แจระแม อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี	066-0170002	winai_wongarsa@hotmail.co.th	กอ 43 อุบลราชธานี	
	นางสงกา สามารถ	103 หมู่ 2 ต.นาอุดม อ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร	083-31281012	Songka_samait@hotmail.com	บจ 9161 มุกดาหาร	
	นางสาวจงกลณี ศิริรัตน์	มูลนิธิประชาชนสังคมจังหวัดอุบลราชธานี 58/6 ถ.เขื่อนธานี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี	086-4788322	csu.ubn@gmail.com	น.5317 ๑๖๐	









สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

16.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมชี้แจงที่ระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 พื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร  
วันศุกร์ที่ 21 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 15.00 น. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสูง อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร






ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	นายจำเนียร ก้อนด่าง	สาธารณสุขอำเภอหนองสูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสูง จังหวัด มุกดาหาร	081-708-8063	Choktavee3@chaiyo.com	นบ 7489 สปทจจขย	
	นายจุฬา อากวิชัย	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอหนองสูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสูง จ.มุกดาหาร	089-841-5994	inume@yaho. com	นบ 4046 สปทจจขย	
	นายทำนอง กลางประพันธ์	ผู้แทนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองสูง อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร				
	นายเชาวลิต เติตนอก	ท้องถิ่นอำเภอหนองสูง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ หนองสูง จ.มุกดาหาร	099-472-4988			



สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายชามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมชี้แจงทีมระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 พื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร  
วันศุกร์ที่ 21 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 15.00 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสูง อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร


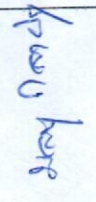


ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	น.ส.วินิตา ไชยบรรณ	ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลโนนยาง	094-2681133			
	น.อ. สุวิจิษฐ์ ศรีจิตย์	นักพัฒนาชุมชน อสม.โนนยาง	088-0160088	Sanitree.surawit @gmail.com	ธกฉ 4864 มุกดาหาร	
	ตามศักดิ์ศรี น.ส.อ.	นทส. หนองทรายศรี 61080ศรี 7	098-450881	k.tachra@gmail.com	ก.551. มุกดาหาร	
	นายวิเศษ คุ้ม	เขต.ศรี.เมืองมร.	0885714099	ribombangk@gmail.com	กฉ.๒๕ มุกดาหาร	
	พ.ศ. ศันตนา น.ส.อ.	หนอ.สาธารณสุข	088-8921028	Jimmy.Wickay@gmail.com	กฉ.๒๕๔ มุกดาหาร	
	นายอนุชิต ศรีชัย	เขต.ศรี.เมืองมร.	0827433274	Pjanwiset@hotmail.com	กฉ.๒๕๔ มุกดาหาร	



สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมชี้แจงที่มีระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 พื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร  
วันศุกร์ที่ 21 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 - 15.00 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสูง อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร



ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	นางอนันต์ วัจนะฮาด นางอนันต์ วัจนะฮาด	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึง	091544899	soeyanoi@yaboo.com	น. ๒๒๙๙ 0๒๒๙๓๓๒	
	นางมะลิลา กลางประพันธ์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแต้	087-5971669	malida.koon@yaboo.com	น. ๒๒๖๒ ๒๑๑๓๓๖	
	นางกรรณิกา วัจนะฮาด	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกกลาง	085-0037876		น.๑.15๐1 ๒๑๑๓๓๖	
	นางชนัดดา จันป้อม	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจิว	093-4560573			
	นางนัยวัน เลิศชาญ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำพอกโนนยาง	086-2400944	nigwan.p@yaboo.com	๒๕๕๐๓ ๒.๒๑๑๓๓๖	
	นางไทนียม อาจวิชัย	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป้า	098-1275547			



สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมชี้แจงระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 พื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร  
วันศุกร์ที่ 21 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 15.00 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	นางสาวจิราภัทร จันป้อม	นักพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลภูวง	089-0118221		ขย 6๖๗	
	นางอัจฉรา คนหาญ	หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข เทศบาลตำบลหนองสูงเหนือ	093-3594955	poradchana@gmail.com	อน 8269	อดาน
	สตอ.ทองสอน พูลเพิ่ม	ปลัดเทศบาลตำบลบ้านเป้า เทศบาลตำบลบ้านเป้า	085-0028207			
	น.ส.ทวนตา สุวรรณพันธ์	เจ้าพนักงานธุรการ เทศบาลตำบลบ้านเป้า	094-5055925	wanata3003@gmail.com	มข 3067	ทวนตา สุวรรณพันธ์
	นางสาวสรัสสา พันธุ์โพธิ์	เจ้าพนักงานธุรการ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองสูงใต้	083-2892877	puntu po@gmail.com	นข. ๖4๐๐	
	นางพิกุล แสงพิสาร	ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลโนนยาง	087-0413207			



