สรุปการใช้เงิน (เขต 10)

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

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่

วันที่...7 สิงหาคม 2563.... **สถานที่**....ห้องมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี...

1	**ค่าตอบแทน**	**16,000**
1.1	วิทยากร	
1.2	ผู้ช่วยวิทยากร	
1.3	คณะทำงาน 16 คน x 1,000 บาท	16,000
1.4	พี่เลี้ยงโครงการ	
1.5	เจ้าหน้าที่จัดประชุม	
1.6	ประสานงาน	
2	**ค่าวัสดุ**	
2.1		
3	**ค่าเดินทาง**	**9,728**
3.1	ค่าเดินทางวิทยากร	
3.2	ค่าเดินทางคณะทำงาน 7 คน x 200 บาท	1,400
3.3	ค่าเดินทางพี่เลี้ยงโครงการ 1,696 + 2,800 + 1,920 + 1,168 + 744	8,328
3.4	ค่าเดินทางผู้เข้าร่วมประชุม	
3.5	ค่าเช่ารถ	
3.6	ค่าน้ำมันรถ	
3.7	อื่นๆ	
4	**ค่าใช้สอย**	**4,000**
4.1	ค่าที่พัก	
4.2	ค่าอาหาร (16 คน x 150 บาท) + (16 คน x 50 บาท x 2 มื้อ)	4,000
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) สองหมื่นเก้าพันเจ็ดร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน	**29,728**

หมายเหตุ เบิกจ่ายจากงบประมาณหมวด.....

โครงการ บูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่

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

แบบแจกแจงรายจ่าย รายกิจกรรม กิจกรรม....ประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการจัดทำแผนการพัฒนาโครงการ...

ประจำเดือน.....7 สิงหาคม 2563.....

หมวดค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน(บาท)
ค่าจ้าง	
ค่าตอบแทน	16,0000
ค่าใช้สอย 1,400 + 8,328 + 4,000	13,728
ค่าวัสดุ	
สาธารณูปโภค	
อื่น (ระบุ)	
รวมทั้งสิ้น	29,728

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า...นางสาวพิสมัย..... ศรีเนตร..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน....5 3404 00074 01 8.....

ที่อยู่ 78/183 ซอย พหลโยธิน 54/1 แยก 4-47(ม.บุศรินทร์)... แขวงสายไหม เขต สายไหม กรุงเทพมหานคร.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน คณะทำงาน	1000
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	.....
	☐ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☑ค่าเดินทางเหมาจ่าย จากบ้านพัก ถึง ห้องประชุมสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	200
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน.....	.....
	.....	.....
	☐อื่นๆ.....	.....
	☐**ค่าใช้จ่ายอื่นๆ**.....	.....
	.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร(หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)	1200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน พิสมัย ศรีเนตร

(นางสาวพิสมัย ศรีเนตร)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 5 3404 00074 01 8
ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. พิสมัย ศรีนเตร
Name Miss Pisamai
Last name Srinate
เกิดวันที่ 19 ม.ค. 2515
Date of Birth 19 Jan. 1972
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 73/183 ซ.พหลโยธิน52(วัดเยก) ต.ลำผักกูด
เขตสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร
21 ก.ย. 2561
วันที่ออกบัตร
21 Sep. 2018
Date of Issue
(อรวรรณ บุญระยอม)
เจ้าพนักงานออกบัตร
ออกให้ตลอดชีพ
วันบัตรหมดอายุ
18 Jan. 2027
Date of Expiry
3415-02-09210850
สำเนาถูกต้อง
ได้รับเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโครงการบูรณาการฯ จำนวน 1,200 บาท เท่านั้น

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 7 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)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน คณทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	.....
	☐ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☑ค่าเดินทางเหมาจ่าย จากบ้านพัก สถ ห้องประชุมมุลนิธิมหาสังคม ต.อุบลกิตติ	200
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน.....	.....
	.....	.....
	☐อื่นๆ.....	.....
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร(หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)	1200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....

(นางสาวดวงมณี นารีนุช)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number
1 4901 00096 55 1
ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ดวงมณี นารีนุช
Name Miss Duangmanee
Last name Nareenuch
เกิดวันที่ 24 ส.ค. 2530
Date of Birth 24 Aug. 1987
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 112 หมู่ที่ 12 ต.นาโสก อ.เมืองมุกดาหาร
จ.มุกดาหาร
9 ก.ค. 2557
วันออกบัตร
9 Jul. 2014
Date of Issue
23 ส.ค. 2565
วันบัตรหมดอายุ
23 Aug. 2022
Date of Expiry
3491-02-07091327
สำเนาถูกต้อง
จำนวน 1 ชุด
ค่าธรรมเนียม 12.00 บาท เท่านั้น

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

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

ที่อยู่.188/1 หมู่ที่ 2 ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัด อุบลราชธานี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน กฤษฎาทำงาน	1000
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	.....
	☐ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☑ค่าเดินทางเหมาจ่าย จากบ้านพัก สัง มุลนิธิชุมชนสังคม จังหวัดอุบลราชธานี	200
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน.....	.....
	.....	.....
	☐อื่นๆ.....	.....
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร(หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน.....)	1200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....

(นายรพินทร์ ยืนยาว)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 3407 00268 81 4
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย รพินทร์ ยืนยาว
Name Mr. Rapin
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
วันบัตรหมดอายุ
20 Jan. 2024
Date of Expiry
3-3401-02-01270-44
สำหรับใช้ประกอบการเบิกโอนโครงการรับรองการรักษาฯ
จำนวน 1 ฉบับ
สำเนาถูกต้อง

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 7 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)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน..... คณะทำงาน.....	1000
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	.....
	☐ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☑ค่าเดินทางเหมาจ่าย จากที่พัก ถึง ห้องประชุมมูลนิธิปกาสังกม จังหวัดอุดรธานี	200
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน.....	.....
	.....	.....
	☐อื่นๆ.....	.....
	☐**ค่าใช้จ่ายอื่นๆ**.....	.....
	.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร(..... หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน .....)	1200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....

(นายวินัย วงศ์อาสา)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

สำหรับใช้ประกอบการยื่นโครงการบุรณาการฯ
จำนวน 1206 ราย

สำเนาถูกต้อง

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 7 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)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน ภคหากำนัน	1000
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	.....
	☐ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☑ค่าเดินทางเหมาจ่าย จากบ้านพัก อ.ดอนตาล ไป ห้องประชุมมูลนิธิปกาสิกม อ.คุนลกธอเฟ	200
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน.....	.....
	.....	.....
	☐อื่นๆ.....	.....
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร(หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)	1200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....

(นายสงกา สามารถ)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

สำหรับใช้ประกอบการยื่นคำขอรับการบูรณาการฯ จำนวน 1206 บาท เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

(นายสงกา สามารถ)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า...นางสาว จงกลนี ศิริรัตน์..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน....5..4097..99000 85 5.....

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

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน คณะทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	.....
	☐ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☑ค่าเดินทางเหมาจ่าย คลองน้ำใหญ่ ถึง ท้องปากชุมชนบ้านตาสิงห์ อ.อุบลรัตน์	200
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน.....	.....
	.....	.....
	☐อื่นๆ.....	.....
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร(หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)	1200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

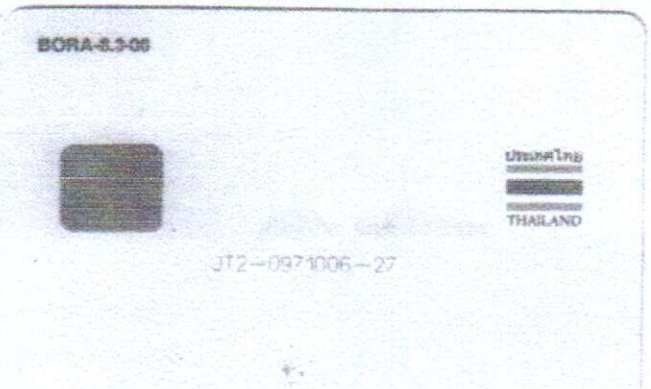
ผู้รับเงิน .....

(นางสาว จงกลนี ศิริรัตน์)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
5 4097 99000 85 5
น.ธ. จงกลนี ศิริรัตน์
Miss Jongkolnee
Sirirat
14 ม.ค. 2500
14 Jan 2557
สำเนาถูกต้อง


BORA-8.3-06
THAILAND
JT2-0971006-27

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

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

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

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน ค่าท่าวาน	1000
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	.....
	☐ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☑ค่าเดินทางเหมาจ่าย จากบ้านพัก ถึง ห้องประชุมมูลนิธิปกาสังหม จ.อุบลราชธานี	200
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน.....	.....
	.....	.....
	☐อื่นๆ.....	.....
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร(หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)	1200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ภัทราวดี พลเยี่ยม

(นางสาวภัทราวดี พลเยี่ยม)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

สำหรับใช้ประกอบการยื่นโครงการบูรณาการฯ บุรีรัมย์ เท่านั้น

จำนวน 1200

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวภัทราวดี พลเยี่ยม)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 7 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นายสุภานต์ สร้อยเพชร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 3416 00204 637
ที่อยู่ 94/3 ม. 1 ต.พรเพชร อ.พรเพชร จ.อำนาจเจริญ.
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน คณะทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง	
	☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ปทุมราช จังหวัด อำนาจเจริญ	
	ถึง อำเภอ เมืองฯ จังหวัด อุบลราชธานี ระยะทาง 93 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	744
	ทะเบียนรถยนต์ กพ 6992 อุบลราชธานี	
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันเจ็ดร้อยสี่สิบสี่บาทถ้วน)	1744

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายสุภานต์ สร้อยเพชร)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number
3 3416 00204 63 7
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย สงกรานต์ สร้อยเพชร
Name Mr. Songkran
Last name Soipech
เกิดวันที่ 12 เม.ย. 2519
Date of Birth 12 Apr. 1976
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 94/3 หมู่ที่ 1 ต.พระเหลา
อ.พนา จ.อำนาจเจริญ
24 ก.ย. 2556
วันออกบัตร
24 Sep. 2013
Date of Issue
31 เม.ย. 2565
วันบัตรหมดอายุ
11 Apr. 2022
Date of Expiry
3704-03-09241510

สำเนาถูกต้อง

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 7 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นายอภิชาติ ราชวงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 4901 00581 511
ที่อยู่ 133 ม.5 ต.หนองหลม อ.ดงหลวง จ.มุกดาหาร
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน คณะทำงาน	1,000
	ค่าเดินทาง ☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ดงหลวง จังหวัด มุกดาหาร ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด อุบลราชธานี ระยะทาง 212 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ 3 กล 9705 กรุงเทพมหานคร ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	1696
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	(.....)
	ตัวอักษร (สองพันหกร้อยเก้าสิบหกบาทถ้วน)	2696

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายอภิชาติ ราชวงษ์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 4901 00581 51 1
Identification Number
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย อภิชาติ ราชสุวรรณ
Name Mr. Apichart
Last name Ratsuwan
เกิดวันที่ 19 มิ.ย. 2522
Date of Birth 19 Jun. 1979
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 133 หมู่ที่ 5 ต.หนองแคน อ.คลองหาด
จ.สระแก้ว
3 ก.ค. 2560
วันออกบัตร
3 Jul. 2017
Date of Issue
18 มิ.ย. 2569
วันบัตรหมดอายุ
18 Jun. 2026
Date of Expiry
4904-03-07030939

BORA-9.2-04-2560
ประเทศไทย

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 7 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นายสักดิ์ชัย กลุบพล์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 0333040118793 6
ที่อยู่ 570/3 หมู่ที่ ต. หนองหมากฝาง อ. กันทรวิชัย จ. มหาสารคาม
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน กสท.ทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง ☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ กันทรลักษณ์ จังหวัด ศรีสะเกษ ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด อุบลราชธานี ระยะทาง 73 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ กค. 5169 อุบลราชธานี ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	584
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันห้าร้อยแปดสิบสี่บาทถ้วน)	1584

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

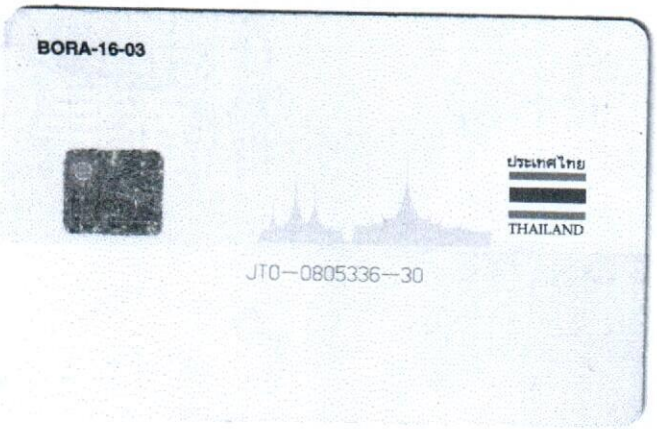
ผู้รับเงิน .....
(นายสักดิ์ชัย กลุบพล์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

สำเนาถูกต้อง

(ศักดิ์สิน กุลบุตรดี)

ตำแหน่ง ครู



ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 7 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นายยศ ปัดหอม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3330300055333
ที่อยู่ 259 ม.17 ต.หนองหัวลาด อ.ลืมรสลักษ์
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน ทนายทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง ☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ลืมรสลักษณ์ จังหวัด ศรีสวาเกษ ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด อุมลกชาน์ ระยะทาง 73 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ กม 1148 อุมลกชาน์ ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	584
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันห้าร้อยแปดสิบสี่บาทถ้วน)	1584

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายยศ ปัดหอม)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

สำเนาถูกต้อง

(นายยศ บัวหอม)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 7 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นางสาวสิริยากร ก้อนดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3341400221864
ที่อยู่ 116 ม.1 ต.บัวแก้ว อ.หนองรี จ.มุกดาหาร
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน ค่าทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง	
	☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ หนองสูง จังหวัด มุกดาหาร	1400
	ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด อุบลราชธานี ระยะทาง 175 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	
	ทะเบียนรถยนต์ กว 7489 มุกดาหาร	
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน)	2400

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางสาวสิริยากร ก้อนดง)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

สำเนาถูกต้อง

(จำเนียร ก้อนด้วง)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 7 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า มยุลี อเจริญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 4905 00174 360
ที่อยู่ 46 ม.7 ต.หนองสูงเหนือ อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน คณะทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง	
	☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ หนองสูง จังหวัด มุกดาหาร	1400
	ถึง อำเภอ เสนา จังหวัด อุบลราชธานี ระยะทาง 175 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	
	ทะเบียนรถยนต์ กง 5446 มุกดาหาร	
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน	
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	(.....)
	ตัวอักษร (สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน)	2400

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
( )

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number
3 4905 00174 36 0
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย จุฬา อาจวิชัย
Name Mr. Chula
Last name Ardwichai
เกิดวันที่ 17 ม.ค. 2512
Date of Birth 17 Jan. 1969
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 40 หมู่ที่ 7 ต.หนองสูงเหนือ
อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร
7 ก.ย. 2560
วันออกบัตร
7 Sep. 2017
Date of Issue
16 ม.ค. 2569
วันบัตรหมดอายุ
16 Jan. 2026
Date of Expiry
4907-03-09071634
สำเนาถูกต้อง
(จุฬา อาจวิชัย)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 7 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า นายวิโรจน์ จิตรพงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3 3507 00184 233
ที่อยู่ 701 ม.2 ต.ตูมใหญ่ อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน คณะทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง ☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ กันทรลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด อุบลราชธานี ระยะทาง 80 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ กก. 1528 ศรีสะเกษ ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	640
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันหกร้อยสี่สิบบาทถ้วน)	1640

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(วิโรจน์ จิตรพงษ์)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 3 3507 00188 23 3
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย สุรินทร์ จักรวรรณพร
Name Mr. Surinun
Last name Jakawanporn
เกิดวันที่ 1 ก.ย. 2514
Date of Birth 1 Sep. 1971
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 701 หมู่ที่ 2 ต.ลุมพุก อ.คำเขื่อนแก้ว
จ.ยโสธร
1 ก.ย. 2559
1 Sep. 2016
Date of Issue
31 Aug. 2024
Date of Expiry
สำหรับใช้ประกอบการขอรับบริการจากทางราชการ
จำนวน 1640 บาท เท่านั้น

สำเนาถูกต้อง

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ .....

ข้าพเจ้า นางสาวคมคาย สายหมื่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1341100913002

ที่อยู่ 26 หมู่ 16 ต.จานลาน อ.พยุห จ.ศรีสะเกษ

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน กณาทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง	
	☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ท่าเสื่องแก้ว จังหวัด ยโสธร	
	ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด อุบลราชธานี ระยะทาง 80 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	640
	ทะเบียนรถยนต์ กฎ 3585 อุบลราชธานี	
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันหกร้อยสี่สิบบาทถ้วน)	1640

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน คมคาย สายหมื่น

(นางสาวคมคาย สายหมื่น)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 3411 00213 00 2
ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. คมคาย สายหมั้น
Name Miss Khomkhai
Last name Saiman
เกิดวันที่ 27 พ.ย. 2535
Date of Birth 27 Nov. 1992
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 26 หมู่ที่ 16 ต.จานลาน อ.พนา
จ.อำนาจเจริญ
26 พ.ย. 2558
วันออกบัตร
26 Nov. 2015
26 พ.ย. 2566
วันบัตรหมดอายุ
26 Nov. 2023
3401-02-11261143
สำเนาถูกต้อง
คมคาย สายหมั้น
(นางสาวคมคาย สายหมั้น)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 7 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า น.ส.สุธาทรณ์ เกษมณี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1229900299246
ที่อยู่ 110 ม.4 ต.กุดหิน อ.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร 35110
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน คณะทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง ☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ คำเขื่อนแก้ว จังหวัด ยโสธร ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด อุบลราชธานี ระยะทาง 80 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ กจ. 846 ยส. ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	640
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันหกร้อยสี่สิบบาทถ้วน)	1640

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(น.ส.สุธาทรณ์ เกษมณี)

ผู้จ่ายเงิน .....
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)

(น.ส.สุภาภรณ์ เกษมณี)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 60-00-1490

วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า...นางสาวสมัย วิสาพรหม..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.... .3.. 3415.. 00897.. 84.. 3.....

ที่อยู่.144/1 หมู่ 5 ตำบล โนนผึ้ง อำเภอเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.....

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	.....
	☐ค่าเดินทางรถโดยสาร จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางเหมาจ่าย	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน.....	.....
	.....	.....
	☐อื่นๆ.....	.....
	☑ค่าใช้จ่ายอื่นๆ..... อาหารว่าง 16 คน x 50 บาท x 2 มื้อ	1600
	..... อาหารกลางวัน 16 คน x 150 บาท	2,400
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร(..... สี่พันบาทถ้วน .....)	4000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....

(นางสาวสมัย วิสาพรหม)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ขีวะอิสระกุล)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number
3 3415 00897 84 3
ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. สมัย วิสาพรหม
Name Miss Samai
Last name Wisarprom
เกิดวันที่ 24 เม.ย. 2519
Date of Birth 24 Apr. 1976
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 144/1 หมู่ที่ 5 ต.โนนผึ้ง อ.วารินชำราบ
จ.อุบลราชธานี
4 มิ.ย. 2557
วันออกบัตร
4 Jun. 2014
Date of Issue
23 เม.ย. 2566
วันบัตรหมดอายุ
23 Apr. 2023
Date of Expiry
3415 02-0040004

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการจัดทำแผน การพัฒนาโครงการ

วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุมมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	ดร.พิสมัย ศรีเนตร	คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	086-3862035	pismais@gmail.com	กต 2683 อุบลราชธานี	
	นางสาวดวงมณี นารีนุช	มูลนิธิพิทักษ์ธรรมชาติเพื่อชีวิต 58/5 ถ.เขื่อนธานี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี	080-1840443	duangmanee-nareenuch @hotmail.com	ทม. 1365 อุบลฯ	
	นายรพินทร์ ยืนยาว	มูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี 58/6 ถ.เขื่อนธานี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี	092-4049977	ole.detudom@gmail.com	บน 2674 อุบลฯ	
	นายวินัย วงศ์อาสา	88/47 ต.แจระแม อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี	066-0170002	winai_wongarsa@hotmail.co.th	กอ 43 อุบลราชธานี	
	นายสงกา สามารถ	103 หมู่ 2 ต.นาอุดม อ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร	083-31281012	Songka_samart@hotmail.com	บจ 9161 มุกดาหาร	
	นางสาวจงกลนี ศิริรัตน์	มูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี 58/6 ถ.เขื่อนธานี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี	086-4788322	csu.ubn@gmail.com	พ. 5367 อุบลราชธานี	
	นางสาวภัทราวดี พลเยี่ยม	258 หมู่ 17 ต.ไร่น้อย อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี	064-4564196	ponyiam111@gmail.com	กง 6200 อุบลราชธานี	

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการจัดทำแผน การพัฒนาโครงการ

วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุมมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	นายภัทรวรรธน์ คำดี	สาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา จ.อำนาจเจริญ	081-3932398			
	นายสงกรานต์ สร้อยเพชร	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา จ.อำนาจเจริญ	~~088-5840603~~ 0901456892		บจ.	
	นายราชัณห์ ปกครอง	หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข เทศบาลตำบลปทุมราชวงศา จ.อำนาจเจริญ	098-6072834			

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการจัดทำแผน การพัฒนาโครงการ

วันที่ 7 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุมมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	นายมนตรี สกุลเดช	สาธารณสุขอำเภอดงหลวง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงหลวง จ.มุกดาหาร	084-4285923			
	นายณัฐวุฒิ วังคะฮาต	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอดงหลวง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงหลวง จ.มุกดาหาร	083-3698715	ashita.fc@gmail.com		
	นายอภิชาติ ราชสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงหลวง จ.มุกดาหาร	095-6128825	512n96220@gmail.com	3กฉ4705 มค	
	นายคุณากร เชษฐวงกรณ์	ท้องถิ่นอำเภอดงหลวง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอดงหลวง จ.มุกดาหาร	083-0591338			

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการจัดทำแผน การพัฒนาโครงการ

วันที่ 7 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุมมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	นายศักดิ์สิน กุลบุตรดี	สาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ	089-719-5025	saksink@hotmail.com	กค. 5169 อุบลฯ	
	นายอนุสรณ์ จันทสิทธิ์	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ	081-725-9758	kao.ac17@gmail.com		
	นายยศ บัวหอม	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ	095-167-0014	yodbunhom@gmail.com	กม 1148 ศรีสะเกษ	

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการจัดทำแผน การพัฒนาโครงการ

วันที่ 7 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุมมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	นายจำเนียร ก้อนด้วง	สาธารณสุขอำเภอหนองสูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร	081-7088063	Choktavee3@chaiyo.com	กง 7489 มุกดาหาร	
	นายจุฬา อาจวิชัย	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอหนองสูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสูง จ.มุกดาหาร	089-841-5994	[illegible]@yahoo.com	กข 5446 มุกดาหาร	
	นายทำนอง กลางประพันธ์	ผู้แทนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองสูง อ.หนองสูง จ.มุกดาหาร				
	นายเชาวลิต เชิดนอก	ท้องถิ่นอำเภอหนองสูง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอหนองสูง จ.มุกดาหาร	099-472-4988			

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

กิจกรรม ประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการจัดทำแผน การพัฒนาโครงการ

วันที่ 7 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุมมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	E-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	นายอิสระ ยาวะโนภาส	สาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร	098-889-1292	isarayawanopas@gmail.com	กค 5546 ยส.	
	นายสุรินันท์ จักรพรรณพร	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร	096-830-5707	surinuntee@gmail.com	กค.1528 ยส.	
	นางสาวคมคาย สายหมั่น	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร	093-517-5964	komkaisaiman@gmail.com	1กฐ 3585 อบ.	คมคาย สายหมั่น
	นางสาวสุภาภรณ์ เกษมณี	เจ้าพนักงานธุรการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร	061-163-4088	pare835kesmanee@gmail.com	กค.846 ยส.	