สรุปการใช้เงินในกิจกรรม

การประชุมคณะกรรมการอำนวยการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะและพัฒนากลไกสุขภาวะระดับพื้นที่ เขต 5 ราชบุรี

วันที่ 19 เดือน มิถุนายน 2563 เวลา 09.00 - 16.00 น. ณ ห้องประชุม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

1. ค่าตอบแทน 8,000 **บาท**

1.1 วิทยากร/ผู้ทรงคุณวุฒิ ..... บาท

1.2 ผู้ช่วยวิทยากร ..... บาท

1.3 คณะทำงาน/พี่เลี้ยงโครงการ 8,000 บาท

1.4 เจ้าหน้าที่จัดประชุม ..... บาท

1.5 เจ้าหน้าที่ช่วยจัดการประชุม ..... บาท

1.6 อื่นๆ ..... บาท

2. ค่าวัสดุ ..... **บาท**

3. ค่าเดินทาง 3,072 **บาท**

3.1 ค่าเดินทางวิทยากร ..... บาท

3.2 ค่าเดินทางผู้ช่วยวิทยากร ..... บาท

3.3 ค่าเดินทางคณะทำงาน/พี่เลี้ยงโครงการ 3,072 บาท

3.4 ค่าเดินทางผู้เข้าร่วมประชุม ..... บาท

3.5 ค่าเช่ารถ ..... บาท

3.6 ค่าน้ำมันรถ ..... บาท

3.7 อื่น ๆ ..... บาท

4. ค่าใช้สอย 3,254 **บาท**

4.1 ค่าที่พัก ..... บาท

4.2 ค่าห้องประชุม ..... บาท

4.3 ค่าอาหาร 3,000 บาท

4.4 ค่าถ่ายเอกสาร 254 บาท

4.5 ค่าจ้าง ..... บาท

4.6 อื่น ๆ ..... บาท

5. ค่าสาธารณูปโภค ..... **บาท**

5.1 ค่าส่งไปรษณีย์ ..... บาท

5.2 อื่น ๆ ระบุ ..... บาท

รวม 14,326 บาท

(หนึ่งหมื่นสี่พันสามร้อยยี่สิบหกบาทถ้วน)

รวม 14,326 บาท

(หนึ่งหมื่นสี่พันสามร้อยยี่สิบหกบาทถ้วน)

หมายเหตุ เบิกจ่ายจากงบประมาณหมวด หมวดกิจกรรม การ coaching ทีมระดับเขต ให้สามารถสนับสนุนการจัดทำแผนการพัฒนาข้อเสนอโครงการ และการใช้ระบบติดตามและประเมินผลโครงการ

กำหนดการประชุม คณะกรรมการอำนวยการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะและพัฒนากลไกสุขภาวะระดับพื้นที่ เขต 5 ราชบุรี
19 มิถุนายน 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น.
ณ ห้องประชุมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

.....

วาระที่ 1 ประธานแจ้งให้ทราบ

1.1 ความเป็นมาของโครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะและพัฒนากลไกสุขภาวะระดับพื้นที่ เขต 5 ราชบุรี

1.2 การแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

ไม่มี

วาระที่ 3 เรื่องแจ้งให้ทราบ/สืบเนื่อง

3.1 พื้นที่ดำเนินการ และงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนฯ

วาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1 ขั้นตอนการดำเนินการโครงการฯ ในระยะต่างๆ

1) ขั้นเตรียมการ

- การจัดประชุมคณะกรรมการระดับเขต (ผลลัพธ์ที่ต้องการ วาระการประชุม เนื้อหาในการประชุม)

2) ขั้นดำเนินการ

- การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการระดับพื้นที่ (ผลลัพธ์ที่ต้องการ กำหนดการประชุม เนื้อหาในการประชุม ขั้นตอนในการประชุม การทำกลุ่มเป็นรายจังหวัดเพื่อมอบหมาย และแบ่งหน้าที่)
- ขั้นตอนการดำเนินงานในพื้นที่
- การนิเทศ กำกับติดตามงานในพื้นที่

3) สรุปผลการดำเนินงาน

4.2 การมอบหมายหน้าที่ในการกำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

.....

<u>หมายเหตุ</u> 1. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลา 10.30- 10.45 น.และ 14.30-14.45 น.

2. พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา 12.00-13.00 น.

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

ประชุมคณะกรรมการอำนวยการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะและพัฒนากลไกสุขภาวะระดับพื้นที่ เขต 5 ราชบุรี

วันที่ 19 เดือน มิถุนายน 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น. ณ ห้องประชุม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	e-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	นายแพทย์อนุสรณ์ ศิริโชติ	ผอ.สปสช.เขต 5 ราชบุรี				—
	ผศ.ดร.พงค์เทพ สุธีรวุฒิ					
	นางทิพาพรรณ หอศิวาลัย	ผู้ช่วย ผอ.สปสช.เขต 5 ราชบุรี				
	น.ส. สาธิตา เสวอมา (แทน)	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ. ราชบุรี	084-6352484	ssatita.sa@gmail.com.	สท 3674 กทม.	สาธิตา
	นางพลลดา ไคลมี	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ. กาญจนบุรี	08-1941-8892	PLE_VIGO@hotmail.com	กน. 9447 กาญจนบุรี	
	นายเศกสันต์ ชานมณีรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ. เพชรบุรี	081-8016362	regionfive@hotmail.com	บฉ. 1826	
	นางพรรณี วัฒราเศรษฐ์	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ. สมุทรสงคราม	086-6221743	pannee@gmail.com	ผล 6148 กทม	พรรณี

ลำดับ	ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน/สถานที่ติดต่อ	โทรศัพท์	e-mail address	ทะเบียนรถ	ลงชื่อ
	นางสาวทัศนีย์ เติมใส	จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน สสจ.เพชรบุรี	0818077282	Tassa_com@hotmail.com	กด.7680 พง.	
	นางจินตนา แววสวัสดิ์	หัวหน้ากลุ่มงาน สปสช.เขต 5 ราชบุรี	090-1975194	jintana.w@nhso.go.th		
	นายสมหวัง ทรัพย์อนันต์	หัวหน้างาน สปสช.เขต 5 ราชบุรี	089-9116641	somwang.s@nhso.go.th		
	นางสาวภานิชา พาณิชย์	เจ้าหน้าที่การเงิน	061-1238784	phanicha-kib@gmail.com		ภานิชา
	นางสาวอนุสรา ทัดมาลา	นวก.สาธารณสุข สสจ. ราชบุรี	087-7208106	nus_anussara@hotmail.com	ฎจ.2320 กทม.	
	น.ส. วิภาภัทร์ ทิพย์อมรโชคชาย	ท้องถิ่นจังหวัดตาก อ.เมืองตาก	094-5562059	wipat.p08@gmail.com	ข.7129 ตาก	

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 19 มิถุนายน 2563

ข้าพเจ้า นางทิพาพรรณ หลิศวลัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3159900773372
ที่อยู่ 196/1 ม.2 ต.บ้านกุ่ม อ.เมือง จ.เพชรบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ค่าตอบแทน คนทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง ☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด..... ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ ..... ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (หนึ่งพันบาทถ้วน)	1000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นางทิพาพรรณ หลิศวลัย)

ผู้จ่ายเงิน ภานิชา
(นางสาวภานิชา พาณิชย์)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 17 มิถุนายน 2563

ข้าพเจ้า น.ส. สาโชติ เสมอมา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1709900113841
ที่อยู่ 105/8 ม. 4 ต.ดอนตะโก อ.เมืองราชบุรี จ.ราชบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ ค่าตอบแทน ค่าแรงทำงาน	1,000
	ค่าเดินทาง	
	☐ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด	
	ถึง อำเภอ ..... จังหวัด ..... ระยะทาง ..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	
	ทะเบียนรถยนต์	
	☐ ค่าเดินทางรถ ..... จาก ..... ถึง ..... (ไป-กลับ)	
	☐ ค่าเดินทางรถ ..... จาก ..... ถึง ..... (ไป-กลับ)	
	☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน	
	☑ อื่นๆ ค่าเดินทางในพื้นที่	200
	☐ **ค่าใช้จ่ายอื่นๆ**	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)	1,200

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน สาโชติ
(น.ส. สาโชติ เสมอมา.)

ผู้จ่ายเงิน ภานิชา
(นางสาวภานิชา พาณิชย์)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 10 มิถุนายน 2563

ข้าพเจ้า นาง ธลลก ไตรสมี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3710500204176
ที่อยู่ 30/1 ม.1 ต.ดงมัน อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ ค่าตอบแทน ค่าตอบแทน	1,000
	ค่าเดินทาง ☑ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ เมือง จังหวัด กาญจนบุรี ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด ราชบุรี ระยะทาง 44 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที ยว ทะเบียนรถยนต์ กน 7447 กาญจนบุรี ☐ ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	704
	☐ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (หนึ่งพันเจ็ดร้อยสี่บาทถ้วน)	1,704

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน .....
(นางธลลก ไตรสมี) (นางสาวภานิชา พาณิชย์)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 19 มิถุนายน 2563

ข้าพเจ้า นายเศกสิทธิ์ ชายมณีวัฒน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760100407190
ที่อยู่ 125 ม.10 ต.หัวสะพาน เมือง จ.เพชรบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ ค่าตอบแทน คณะทำงาน	1,000
	ค่าเดินทาง ☑ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ เมืองเพชรบุรี จังหวัด เพชรบุรี ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด ราชบุรี ระยะทาง 57 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที ยว ทะเบียนรถยนต์ ขง 1826 เพชรบุรี ☐ ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	456
	☐ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันสี่ร้อยห้าสิบหกบาทถ้วน)	1,456

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายเศกสิทธิ์ ชายมณีวัฒน์)

ผู้จ่ายเงิน ภานิชา
(นางสาวภานิชา พาณิชย์)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 19 มิถุนายน 2563

ข้าพเจ้า น.ส. ทัศนีย์ เติมใส เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760900144143
ที่อยู่ 209/5 ม. 3 ต. บันไดงิ้ว อ. เมืองเพชรบุรี จ. เพชรบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ ค่าตอบแทน คนะทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง ☑ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ เมือง จังหวัด เพชรบุรี ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด ราชบุรี ระยะทาง 57 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที ยว ทะเบียนรถยนต์ กด 9400 พบ ☐ ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	456
	☐ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันสี่ร้อยห้าสิบหกบาทถ้วน)	1456

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ..... ผู้จ่ายเงิน .....
(น.ส. ทัศนีย์ เติมใส) (นางสาวภานิชา พาณิชย์)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 12 มิถุนายน 2563

ข้าพเจ้า นางพรรณี วัฒราเศรษฐ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900600210301
ที่อยู่ 10/102 ซ.บางประจัน ถ.เอกชัย ต.แม่กลอง อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ ค่าตอบแทน คนทำอาหาร	1000
	ค่าเดินทาง ☑ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ เมือง จังหวัด สมุทรสงคราม ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด ราชบุรี ระยะทาง 44 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที ยว ทะเบียนรถยนต์ ขม 6138 กทม ☐ ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... ☐ อื่นๆ.....	384
	☐ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันสามร้อยแปดสิบสี่บาทถ้วน)	1,384

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน พรรณี วัฒราเศรษฐ์
(นางพรรณี วัฒราเศรษฐ์)

ผู้จ่ายเงิน ภานิชา
(นางสาวภานิชา พาณิชย์)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 14 มิถุนายน 2563

ข้าพเจ้า นาโรนทนา แววสวัสดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3101403023712
ที่อยู่ 46/1 ม.8 ต.วังเพิ่น อ.บางแพ จ.ราชบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ **ค่าตอบแทน** คนเฝ้าบ้าน	1000
	ค่าเดินทาง ☐ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด ..... ถึง อำเภอ ..... จังหวัด ..... ระยะทาง ..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ ..... ☐ ค่าเดินทางรถ ..... จาก ..... ถึง ..... (ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางรถ ..... จาก ..... ถึง ..... (ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน ..... ☐ อื่นๆ	
	☐ **ค่าใช้จ่ายอื่นๆ**	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	....(.....)....
	ตัวอักษร (หนึ่งพันบาทถ้วน)	1000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ..... (นาโรนทนา แววสวัสดิ์)

ผู้จ่ายเงิน ..... ภานิชา (นางสาวภานิชา พาณิชย์)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 19 มิถุนายน 2563

ข้าพเจ้า นายสมหวัง ทวีพย่อนินต์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3700100422474
ที่อยู่ 100/15 ม.10 ต.ดอนตะโก อ.เมือง จ.ราชบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☑ **ค่าตอบแทน** คนะทำงาน	1000
	ค่าเดินทาง ☐ รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด ..... ถึง อำเภอ ..... จังหวัด ..... ระยะทาง ..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์ ..... ☐ ค่าเดินทางรถ ..... จาก ..... ถึง ..... (ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางรถ ..... จาก ..... ถึง ..... (ไป-กลับ) ☐ ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน ..... ☐ อื่นๆ	
	☐ **ค่าใช้จ่ายอื่นๆ**	
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%	(.....)
	ตัวอักษร (หนึ่งพันบาทถ้วน)	1000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....
(นายสมหวัง ทวีพย่อนินต์)

ผู้จ่ายเงิน ภานิชา
(นางสาวภานิชา พาณิชย์)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490
วันที่ 19 มิถุนายน 2563

ข้าพเจ้า น.ส. ภานิชา พาณิชย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1320700204484
ที่อยู่ 111/72 หนึ่งคอนโดมิเนียม ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี
ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☑รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ เมือง จังหวัด นนทบุรี	.....
	ถึง อำเภอ เมือง จังหวัด ภูเก็ต ระยะทาง 109 กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	472
	ทะเบียนรถยนต์ 5 กธ 7770 กทม	
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☐ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....	.....
	.....	.....
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (แปดร้อยเจ็ดสิบสองบาทถ้วน)	472

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ภานิชา
(นางสาว ภานิชา พาณิชย์)

ผู้จ่ายเงิน ภานิชา
(นางสาวภานิชา พาณิชย์)

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ 19 มิถุนายน [illegible]

ข้าพเจ้า นส.วรรณิศา ศิพย์ศร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1709900702893

ที่อยู่ 36 ถ.หน้าเมือง ต.เมืองราชบุรี จ.ราชบุรี

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	☐ค่าตอบแทน.....	.....
	.....	.....
	ค่าเดินทาง	
	☐รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ .....จังหวัด.....	.....
	ถึง อำเภอ .....จังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว	.....
	ทะเบียนรถยนต์	
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางรถ.....จาก.....ถึง.....(ไป-กลับ)	.....
	☐ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	☐ อื่นๆ.....	
	☑ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ค่าอาหารจำนวน 12 คน x150 บาท	1800
	ค่าอาหารว่างจำนวน 12 คน x 50 บาท x 2 มื้อ	1,200
		.....
	หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....	.....(.....).....
	ตัวอักษร (.....สามพันบาทถ้วน.....)	3000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน วรรณิศา
(นางสาววรรณิศา ศิพย์ศร)

ผู้จ่ายเงิน ภานิชา
(นางสาวภานิชา พาณิชย์)

ศูนย์ถ่ายเอกสารณัฐนันท์

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3760400030371

485/2 ถ.ไกรเพชร ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี

โทร. /แฟกซ์ 032-332471

เล่มที่ 77

เลขที่ 18

บิลเงินสด

CASH SALE

現兌單

นาม 實號 CUSTOMER: [illegible]

วันที่ 日期 DATE:

ที่อยู่ 住址 ADDRESS: [illegible]

เลขประจำตัวประชาชน IDENTIFICATION NO.:

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร TAX IDENTIFICATION NO.: 0 [illegible] 40 00006377

จำนวน QUANTITY 數量	รายการ / DESCRIPTION / 貨名	หน่วยละ UNIT PRICE 備註	จำนวนเงิน AMOUNT 銀額	
320	[illegible]	0.45	144	-
11	[illegible]	10	110	-
บาท BAHT 銖	[illegible]	รวมเงิน TOTAL 共銀	254	-

ผู้รับเงิน / COLLECTOR / 收銀人 [illegible]

ขอขอบคุณ
ท่านที่อุดหนุน