

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ 62-00-1490

วันที่ .....

ข้าพเจ้า ท.ศ. ลักขณีย์ พรรณนวม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1 3๗2 0012๗ 23 0

ที่อยู่ 21 ม. A ต.บ้านน้ำ อ.สามพราน จ.ชัยภูมิ

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอภิบาลสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

| ลำดับ | รายการ                                                                                                                                                                           | จำนวนเงิน  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|       | <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน.....                                                                                                                                          | .....      |
|       | ค่าเดินทาง<br><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอ ..... จังหวัด.....<br>ถึง อำเภอ ..... จังหวัด..... ระยะทาง..... กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว<br>ทะเบียนรถยนต์ ..... | .....      |
|       | <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ <u>โดยสาร</u> จาก <u>บ้านหัก</u> ถึง <u>ที่ทำการตำบล</u> (ไป-กลับ) .....                                                                   | <u>200</u> |
|       | <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ) .....                                                                                                     | .....      |
|       | <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน.....                                                                                                                  | .....      |
|       | <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                                                                                                                                              | .....      |
|       | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ.....                                                                                                                                    | .....      |
|       | หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%.....                                                                                                                                                        | (.....)    |
|       | ตัวอักษร ( <u>๔๐๐ ไร่ ๗๗๗ ไร่</u> ) .....                                                                                                                                        | <u>200</u> |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ลักขณีย์

(ท.ศ. ลักขณีย์ พรรณนวม)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)