

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๑๒-๐๐-๑๔๙๐

วันที่ 24 ก.ค. 2563

ข้าพเจ้า นางอุไรวรรณ นามศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๙๙๖๐๔๐๖๒๐๒๐๑๐

ที่อยู่ 156 ม. 6 ต.บ้านพร้าว อ.เมืองฯ ก.ชัยภูมิ

ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาภูมิสุขภาพระดับพื้นที่ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	<input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน.....
	ค่าเดินทาง <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจาก อำเภอจังหวัด..... ถึง อำเภอจังหวัด.....ระยะทาง.....กิโลเมตร x 4 บาท x 2 เที่ยว ทะเบียนรถยนต์
	<input checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ <u>โดยสาร</u> จาก <u>บ้านพร้าว</u> ถึง <u>อ.เมือง-บ้านพร้าว</u> (ไป-กลับ)	<u>2๐๐</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>สิบสองหมื่นบาทถ้วน</u>)	<u>2๐๐</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน (นางอุไรวรรณ นามศรี)

ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)