

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๕2-00-1490
 วันที่ 24 ก.ค. 2563

ข้าพเจ้า น.ส. อมรวิมลรัตน์ เทวกุเป็ช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3360400354669
 ที่อยู่ 15/2 ซ.6 ต.บ้านกล้วย อ.เมืองฯ จ.ฉะเชิงเทรา
 ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
 โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ <u>โดยสาร</u> จาก <u>บ้านพัก</u> ถึง <u>วัด 1 กม. ๕๗</u> (ไป-กลับ)	<u>100</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 (..... = ตัวอักษรเหมือนกัน.....)	<u>900</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน อมรวิมลรัตน์ เทวกุเป็ช
 (น.ส. อมรวิมลรัตน์ เทวกุเป็ช)

ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสสระกุล)