

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๕๒-๐๐-๑๔๙๐

วันที่ 24 ก.ค. 2563

ข้าพเจ้า นางสาวชน อุ่นดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๙3๖๐4 ๐๐๐3๗ ๕2๐
 ที่อยู่ 164/2 หมู่ 5 ต.ศรีโพธิ์ทอง อ.เกษตรวิสัย จ.อุบลราชธานี
 ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
 โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ 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>จักรยาน</u> จาก <u>บ้านพัก</u> ถึง <u>ศรีโพธิ์ทอง</u> (ไป-กลับ) | <u>๑๐๐</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>= กองโรค มาตรการอื่น =</u>) | <u>๑๐๐</u> |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน
 (นางสาวชน อุ่นดี)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสสระกุล)