

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๘2-00-1490

วันที่ 24 ก.ค. 2563

ข้าพเจ้า นาง ชัยมาศดี สีสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1660400126244
 ที่อยู่ 18 ม. 12 ต. บ้านเนิน อ. บางศรีภูมิ จ. ชัยภูมิ
 ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)
 โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพระดับพื้นที่ 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>มอเตอร์</u> จาก <u>บ้านเนิน</u> ถึง <u>สสส. บางศรีภูมิ</u> (ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถ..... จาก..... ถึง..... (ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> ค่าเดินทางโดยเครื่องบิน สายการบิน..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | 200 |
| | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ..... | |
| | หักภาษี ณ ที่จ่าย 1%..... |(.....)..... |
| | ตัวอักษร (..... <u>=ตัวอักษรบาท ถัดมา</u>) | 200 |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ชัยมาศดี สีสา
 (น.ต. ชัยมาศดี สีสา)

ผู้จ่ายเงิน
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)