

ใบสำคัญรับเงิน

สัญญาเลขที่ ๕๒-๐๐-1490

วันที่ 31 สิงหาคม 2563

ข้าพเจ้า ดร. ส. ธรรมณี ทร. ปร. เลขบัตรประจำตัวประชาชน 53๒๐3๐๐๕๕๕๖๙  
 ที่อยู่ 86 ม. 19 ต. ไม้ตาย ๑ อ. หนอง อ. ศรีนคร  
 ได้รับเงินจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๔๐๐๐๐๕๓๗๗)  
 โครงการบูรณาการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพฯ และพัฒนากลไกสุขภาพระดับพื้นที่ 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าเดินทางรถรับจ้าง จาก <u>นิเวศน์.ศ.</u> ..... ถึง <u>โรงแรมทองธารินทร์</u><br>(ไป-กลับ)  | .....200.....     |
|       | <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 (.....=สองร้อยบาทถ้วน=.....)  | .....200.....     |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน   
 (ดร. ส. ธรรมณี ทร. ปร.)

ผู้จ่ายเงิน .....  
 (นางสาวสิริมนต์ ชีวะอิสระกุล)