

# ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่.....67-E1-0105.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า .....เลขประจำบัตรประชาชน.....

ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 099 4 00058086 0)

(โครงการพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพภาคใต้) ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน..... .....	
<input type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง ( โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )	
<input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ,Boarding pass หรือกาทตั๋ว) <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [.....][.....][.....] เดินทางจาก [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] ระยะทาง.....กม. x 5 บ. <input type="checkbox"/> รถโดยสารประเภท.....จาก [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] (ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ..... .....(ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> เครื่องบิน สายการบิน.....จาก.....ถึง.....	
<input type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง ราคา [.....บาท] x [.....คน] x [.....มื้อ] ค่าอาหารกลางวัน ราคา [.....บาท] x [.....คน] x [.....มื้อ]	
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ ..... .....	
(ตัวอักษร) .....	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน .....

( )

ผู้จ่ายเงิน .....

( นางสาวฮามิ๊ะ หวั่นนุรัตน์ )