

สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สนส.ม.อ.)  
แบบสรุปรายงานการใช้เงิน

สรุปการใช้เงินในกิจกรรม

กิจกรรมประชุมวางแผนและปรึกษาหารือของคณะทำงานพัฒนากลไกบูรณาการสุขภาพ อ.มะนัง จ.สตูล  
วันที่ 19 มกราคม 2564 สถานที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมะนัง

|                                       |          |       |     |
|---------------------------------------|----------|-------|-----|
| 1. หมวดค่าตอบแทน                      | รวมเงิน  | 2,600 | บาท |
| 1.1 วิทยากร / ผู้ทรงคุณวุฒิ           |          |       | บาท |
| 1.2 ผู้ช่วยวิทยากร                    |          |       | บาท |
| 1.3 ผู้เข้าร่วมประชุม                 | เป็นเงิน | 1,600 | บาท |
| 1.3 เจ้าหน้าที่ช่วยจัดการประชุม       |          |       | บาท |
| 1.4 อื่น ๆ ระบุ ค่าติดต่อบริษัทจัดงาน | เป็นเงิน | 1,000 | บาท |
| 2. หมวดค่าใช้จ่าย                     | รวมเงิน  | 1,040 | บาท |
| 2.1 ค่าเดินทาง                        |          |       | บาท |
| 3.1 ค่าเช่ารถ                         |          |       | บาท |
| 3.2 ค่าน้ำมันรถยนต์                   |          |       | บาท |
| 3.3 ค่าเดินทางผู้เข้าร่วมประชุม       |          |       | บาท |
| 3.4 อื่น ๆ ระบุ                       |          |       | บาท |
| 2.2 ค่าใช้สอย                         |          |       | บาท |
| 4.1 ค่าที่พัก                         |          |       | บาท |
| 4.2 ค่าเช่าสถานที่                    |          |       | บาท |
| 4.3 ค่าอาหาร                          | เป็นเงิน | 1,040 | บาท |
| 4.4 ค่าถ่ายเอกสาร                     |          |       | บาท |
| 4.5 ค่าจ้าง                           |          |       | บาท |
| 4.6 อื่น ๆ ระบุ                       |          |       | บาท |
| 3. หมวดค่าวัสดุ                       | รวมเงิน  |       | บาท |
| 4. หมวดค่าสาธารณูปโภค                 |          |       | บาท |
| 5.1 ค่าส่งไปรษณีย์                    |          |       | บาท |
| 5.2 อื่น ๆ ระบุ                       |          |       | บาท |
| 5. หมวดอื่น ๆ                         |          |       | บาท |
| รวมทั้งสิ้น                           |          | 3,640 | บาท |
| ( สามพันหกร้อยสี่สิบบาทถ้วน )         |          |       |     |

หมายเหตุ



ใบลงทะเบียน

การประชุมวางแผนและบริการวิชาการของคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการศษภาพ อำเภอเมะนัง จังหวัดสตูล

ในวันที่ ๓๑ มกราคม 2564 เวลา 09.00 - 16.00 น.

สถานที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมะนัง จังหวัดสตูล

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล             | ตำแหน่ง                                   | หน่วยงานและสถานที่ติดต่อ | โทรศัพท์    | ลงชื่อ |
|-------|-------------------------|---|--------------------------|-------------|--------|
| 1.    | นายอภัยคุณ งามวัน       | ผู้อำนวยการ                               | เทศบาลเมือง              | 0898-900678 |        |
| 2.    | นางสาวอภัยพร อนันตพัฒน์ | ผอ. สสจ. สตูล (สสจ. สตูล)                 | อ.พ. อ.สตูล              | 0836562215  |        |
| 3.    | น.ส. ช่างใจ รอดสุข      | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (สสจ. สตูล) | สสจ. สตูล                | 080-5394266 |        |
| 4.    | นางอรุณรัตน์ นามวงศ์ไชย | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (สสจ. สตูล) | สสจ. สตูล                | 062-1429426 |        |
| 5.    | นายแพทย์ อภิชาติ        | พว. ศ.ร. สตูล จ.สตูล                      | อ.สตูล                   | 093-1916196 |        |
| 6.    | นางประจักษ์ นวลจันทร์   | ผอ. สสจ. สตูล                             | อ.สตูล                   | 089-2957962 |        |
| 7.    | นางรัชดา ใจะปุ่น        | จ.ม. สสจ. สตูล                            | อ.สตูล                   | 096-1037900 |        |
| 8.    | นางวิมลรัตน์ นามวงศ์ไชย | นักวิชาการสาธารณสุข                       | อ.สตูล                   | 085999558   |        |





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 3 9099 00227 64 2

Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาย เจ๊ะอับดุลลาห์ แดหวัน

Name Mr. Jehabdullah

Last name Daewan

เกิดวันที่ 16 เม.ย. 2502

Date of Birth 16 Apr. 1959

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู 106 ถ.ป่านชูราติก ต.พืมาน

อ.เมืองสตูล จ.สตูล

12 พ.ค. 2559

12 May 2016

Date of Issue

15 เม.ย. 2568

15 Apr. 2026

Date of Expiry

9199-03-05121332



BORA-7.2-03-2559



ประเทศไทย  
THAILAND

JT3-1022038-95

*(มือเขียน)*  
(มือเขียน)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 9005 00438 95 8  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง สาวตรี อนันตะพงษ์  
Name Mrs. Sawithree  
Last name Anantapong  
เกิดวันที่ 6 มิ.ย. 2523  
Date of Birth 6 Jun. 1980  
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 168 หมู่ที่ 14 ต.ท่าม่วง  
อ.เทพา จ.สงขลา

7 ก.ค. 2559 วันออกบัตร  
7 Jul. 2016 Date of Issue

รองนายกรัฐมนตรี (สุชาติ สวัสดิ์ศรี) เจ้าพนักงานออกบัตร

5 มิ.ย. 2568 วันบัตรหมดอายุ  
5 Jun. 2025 Date of Expiry

9103-03-07070907



สำเนาถูกต้อง  
Chm S. S.  
(นางสาวตรี อนันตะพงษ์)

## ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่.....63-00-0378.....

วันที่.....10 มีนาคม 2564.....

ข้าพเจ้า นางสาวชาริษา รอดเกิด..... เลขประจำบัตรประชาชน.....1910400057166.....

ที่อยู่ เลขที่ 35/1 ซอย..... ถนน..... หมู่ที่ 3.....

ตำบล.....แม่ระ..... อำเภอ ท่าวแพ..... จังหวัด.....สตูล.....

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 099400005377)

(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ  | จำนวนเงิน (บาท) |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทนผู้เข้าร่วมประชุมวางแผนและปรึกษาหารือของคณะทำงานพัฒนากลไกบูรณาการสุขภาพ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล จำนวน 200 บาท x 1 วัน.....<br>.....<br>.....   | 200             |
| <input type="checkbox"/> ค่าที่หักตามจริง (โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )   |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ,Boarding pass หรือภาคตัว)<br><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [.....] [.....] [.....] เดินทางจาก [อ.....] [จ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] [จ.....] ระยะทาง..... กม. x 4 บ.<br><input type="checkbox"/> รถโดยสารประเภท..... จาก [อ.....] [จ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] [จ.....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> อื่น ๆ เดินทาง จาก..... [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] [จ.....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> เครื่องบิน<br>สายการบิน..... จาก..... ถึง..... |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง ราคา [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ.....<br>ค่าอาหารกลางวัน ราคา [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ.....  |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ.....<br>.....ค่าประสานงาน วันที่ 18 มกราคม 2564..... 500 บาท x 1 วัน = 500 บาท   | 500             |
| (ตัวอักษร).....เจ็ดร้อยบาทถ้วน.....   | 700             |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน.....

(นางสาวชาริษา รอดเกิด)

ผู้จ่ายเงิน.....

(นางสาวชวารี มอชู)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9104 00057 16 6

นางสาวซารินา รอกัด  
Name Miss Zareena  
Last name Rokat  
เกิด 21 เม.ย. 2546  
Date of Birth 21 Apr. 1992  
ศาสนา อิสลาม

อายุ 36/1 หมู่ที่ 3 ต.แม่เปิน  
อ.ท่าใหม่ จ.สุพรรณบุรี  
3 เม.ย. 2557  
วันหมดอายุ  
2-Apr. 2014  
Date of Issue

20 เม.ย. 2565  
วันหมดอายุ  
20-Apr. 2021  
Date of Expiry

9866-01-0021042



(นางสาวซารินา รอกัด)  
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

BORA-16-03



ประเทศไทย  
THAILAND

JTC-078237-99

## ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ 19 มกราคม 2564

ข้าพเจ้า นายนุสรณ์ นวลโสภา เลขประจำบัตรประชาชน 1010200636301

ที่อยู่ เลขที่ 138 ซอย - ถนน - หมู่ที่ 3

ตำบล วังขี้ อำเภอ อนันโต จังหวัด สงขลา

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ   | จำนวนเงิน (บาท) |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน... ผู้เข้าร่วมประชุมวางแผนและปรึกษาหารือ ของคณะทำงานพัฒนาทั่วโลก<br>บูรณาการสุขภาพ... อำเภอมะนิง จังหวัดสตูล... จำนวน 200.บาท. x 1.วัน  | 200             |
| <input type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง ( โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )   |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ,Boarding pass หรือภาคตัว)<br><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [.....] [.....] [.....] เดินทางจาก [อ.....]<br>[จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] ระยะทาง.....กม. x 4 บ.<br><input type="checkbox"/> รถโดยสารประเภท..... จาก [อ.....]<br>[จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> อื่น ๆ เดินทาง จาก..... [อ.....] [จ.....]<br>ถึง [อ.....] [จ.....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> เครื่องบิน<br>สายการบิน..... จาก..... ถึง..... |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง ราคา [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ<br>ค่าอาหารกลางวัน ราคา [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ   |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ.....  |                 |
| (ตัวอักษร) ..... สองร้อยบาทถ้วน.....   | 200             |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน นายนุสรณ์ นวลโสภา  
(นายนุสรณ์ นวลโสภา)

ผู้จ่ายเงิน .....  
(นางสาวชวารี มอชู)

บัตรประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำประชาชน 1 9102 00036 30 1  
Identification Number

ชื่อและนามสกุล นาง นรมมีนีน หมาดโต๊ะโฮ๊ะ  
Name Mrs. Noormumineen  
Last name Madtohsch  
เกิดวันที่ 1 ส.ค. 2530  
Date of Birth 1 Aug. 1987  
ศาสนา อิสลาม

ที่อยู 138 หมู่ที่ 3 ต.บ้านพร้าว  
อ.ควนโดน จ.สตูล  
10 ก.ย. 2558  
วันออกบัตร  
10 Sep. 2015 (นาย อนุสรณ์ บุญราช)  
Date of Issue เจ้าพนักงานปลาน้ำเค็ม

31 ก.ค. 2567  
วันบัตรหมดอายุ  
31 Jul. 2024  
Date of Expiry 9107-04-09100963



สภ.เขตสตูล ๖๖  
อ.สตูล  
(นาง นรมมีนีน หมาดโต๊ะโฮ๊ะ)

## ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ 19 เมษายน 66

ข้าพเจ้า นายอภิสิทธิ์ วงศ์ทอง เลขประจำบัตรประชาชน 1919900109881

ที่อยู่ เลขที่ 1/33 ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ หมู่ที่ 1

ตำบล ป่าไร่ อำเภอ โคกโพธิ์ไชย จังหวัด ขอนแก่น

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)  
(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ   | จำนวนเงิน (บาท) |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน...ผู้เข้าร่วมประชุมวางแผนและปรึกษาหารือ ของคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตร<br>บูรณาการสุขภาพ อำเภอเมษิง จังหวัดสตูล จำนวน 200 บาท x 1 วัน   | 200             |
| <input type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง (โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )  |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ, Boarding pass หรือกาบัตร)<br><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [ ] [ ] [ ] เดินทางจาก [อ. ] [ ]<br>[จ. ] ถึง [อ. ] [จ. ] ระยะทาง _____ กม. x 4 บ.<br><input type="checkbox"/> รถโดยสารประเภท _____ จาก [อ. ] [ ]<br>[จ. ] ถึง [อ. ] [จ. ] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> อื่น ๆ เดินทาง จาก _____ [อ. ] [ ] [จ. ] [ ]<br>ถึง [อ. ] [ ] [จ. ] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> เครื่องบิน<br>สายการบิน _____ จาก _____ ถึง _____ |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง ราคา [ ] บาท x [ ] คน x [ ] มื้อ<br>ค่าอาหารกลางวัน ราคา [ ] บาท x [ ] คน x [ ] มื้อ   |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ _____   |                 |
| (ตัวอักษร) _____ สองร้อยบาทถ้วน  | 200             |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน   
(นายอภิสิทธิ์ วงศ์ทอง)

ผู้จ่ายเงิน \_\_\_\_\_  
(นางสาวชวารี มอชู)

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
เลขประจำตัวประชาชน 1 9199 00109 88 1  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย อนันต์ มรรคาเขต  
Name Mr. Anas  
Last name Mankaket  
เกิดวันที่ 7 ก.ค. 2534  
Date of Birth 7 Jul. 1991  
ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 133 หมู่ที่ 1 ต.ทุ่งน้อย อ.ควนกาหลง  
จ.สตูล  
22 ก.ย. 2559  
วันออกบัตร  
22 Sep. 2018  
Date of Issue

รอสถาปนกิจ (เจ้าที่คช. มุขม. ไร่) เจ้าพนักงานออกบัตร  
6 ก.ค. 2568  
วันบัตรหมดอายุ  
6 Jul. 2025  
Date of Expiry

8022-03-09221009



*อนันต์ มรรคาเขต*  
*(นาย อนันต์ มรรคาเขต)*

## ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่..... 63-00-0378.....

วันที่ 19 เมษายน 2564.....

ข้าพเจ้า นางปัทมา หลดคำทรัพย์ เลขประจำบัตรประชาชน 3900100713014

ที่อยู่ เลขที่ 66 ซอย..... ถนน..... หมู่ที่ 2

ตำบล ป่าติ้ว อำเภอ สระแก้ว จังหวัด พิจิตร

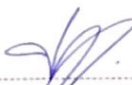
ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ  | จำนวนเงิน (บาท) |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน...ผู้เข้าร่วมประชุมวางแผนและปรึกษาหารือ ของคณะทำงานพัฒนาภาค<br>บูรณาการสุขภาพ...อำเภอมะนัง...จังหวัดสตูล...จำนวน 200...บาท...x 1...วัน   | 200             |
| <input type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง (โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )   |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ,Boarding pass หรือกาบัตร)<br><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [.....] [.....] [.....] เดินทางจาก [อ.....]<br>[จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] ระยะทาง.....กม. x 4 บ.<br><input type="checkbox"/> รถโดยสารประเภท.....จาก [อ.....]<br>[จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> อื่น ๆ เดินทาง จาก..... [อ.....] [จ.....]<br>ถึง [อ.....] [จ.....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> เครื่องบิน<br>สายการบิน.....จาก.....ถึง..... |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง...ราคา [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ<br>ค่าอาหารกลางวัน...ราคา [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ  |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ.....   |                 |
| (ตัวอักษร).....สองร้อยบาทถ้วน.....  | 200             |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน   
(นางปัทมา หลดคำทรัพย์)

ผู้จ่ายเงิน.....  
(นางสาวชวารี มอชู)


 **บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 9001 00743 81 8**

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาง ปัทมา นวลจันทร์**  
Name **Mrs. Patitta**  
Last name **Nualchan**  
เกิดวันที่ **9 ธ.ค. 2523**  
Date of Birth **9 Dec, 1980**  
ศาสนา **พุทธ**

อายุ **66** หมู่ที่ **2 ต.ป่าสักพัฒนา**  
อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี  
30 พ.ย. 2560  
วันออกบัตร **30 Nov, 2017**  
Date of Issue

 **นางสาว ปัทมา นวลจันทร์**  
ผู้อำนวยการกองทะเบียนราษฎร  
สำนักงานทะเบียนราษฎร

  
8 ธ.ค. 2568  
วันระงับบัตร **8 Dec, 2025**  
Date of Expiry **9107-03-11300950**

คำขอออกบัตร  
  
(conscription on conscription)

## ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ 19 เมษายน 2564

ข้าพเจ้า นางสาว ใจใส เลขประจำบัตรประชาชน 210100012360  
 ที่อยู่ เลขที่ 127 ซอย - ถนน - หมู่ที่ 5  
 ตำบล คูโองค์ อำเภอ สนมทอน จังหวัด สงขลา  
 ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)  
 (โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ   | จำนวนเงิน (บาท) |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน ผู้เข้าร่วมประชุมวางแผนและปรึกษาหารือ ของคณะทำงานพัฒนาภาคใ<br>นบูรณาการสุขภาพ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล จำนวน 200 บาท x 1 วัน  | 200             |
| <input type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง (โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )  |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ, Boarding pass หรือกาทัว)<br><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [ ] [ ] [ ] เดินทางจาก [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] ระยะทาง..... กม. x 4 บ.<br><input type="checkbox"/> รถโดยสารประเภท..... จาก [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> อื่น ๆ เดินทาง จาก..... [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> เครื่องบิน<br>สายการบิน..... จาก..... ถึง..... |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง รวคว. [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ<br>ค่าอาหารกลางวัน รวคว. [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ   |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ.....  |                 |
| (ตัวอักษร)..... สองร้อยบาทถ้วน   | 200             |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน (นางสาวใจใส ใจใส)

ผู้จ่ายเงิน (นางสาวชวารี มอชู)





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 2 9101 00012 36 0



ชื่อและชื่อสกุล นาง รیحานา เตปะยูน  
 Name Mrs. Rehana  
 List name Tehpuyu  
 เกิดวันที่ 7 พ.ย. 2529  
 Date of Birth 7 Nov. 1986  
 ศาสนา อิสลาม



ที่อยู๋ 127 หมู่ 5 ต.คูเดเจียง  
 อ.ควนโพธิ์ จ.สตูล  
 17 พ.ค. 2561  
 พฤษภาคม 17 May 2018  
 วันที่รับทราบ (สำหรับบัตรใหม่)  
 วันที่ออกบัตร  
 8 พ.ค. 2561  
 วันที่หมดอายุ  
 8 Nov. 2019  
 วันที่ออกบัตร  
 1107-0109171022

BORA-2.0-02-2560



ประเทศไทย  
 THAILAND

ME0-1206271-36

สำเนาถูกต้อง

*(Handwritten signature)*

(นางรیحานา เตปะยูน)

## ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ 19 ธันวาคม 2564

ข้าพเจ้า นาย วิชาญ อรรถพรสวัสดิ์ เลขประจำบัตรประชาชน 9910300076459

ที่อยู่ เลขที่ 107 ซอย - ถนน - หมู่ที่ 2

ตำบล ปากน้ำโพ อำเภอ สิงห์ จังหวัด สิงห์

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)  
(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ  | จำนวนเงิน (บาท) |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน ผู้เข้าร่วมประชุมวางแผนและปรึกษาหารือ ของคณะทำงานพัฒนาคลินิก<br>บูรณาการสุขภาพ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล. จำนวน 200 บาท x 1 วัน   | 200             |
| <input type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง ( โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )  |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ, Boarding pass หรือกาบัตร)<br><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [ ] [ ] [ ] เดินทางจาก [อ. ....] [จ. ....] ถึง [อ. ....] [จ. ....] ระยะทาง ..... กม. x 4 บ.<br><input type="checkbox"/> รถโดยสารประเภท ..... จาก [อ. ....] [จ. ....] ถึง [อ. ....] [จ. ....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> อื่น ๆ เดินทาง จาก ..... [อ. ....] [จ. ....] ถึง [อ. ....] [จ. ....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> เครื่องบิน<br>สายการบิน ..... จาก ..... ถึง ..... |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง ราคา [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ<br>ค่าอาหารกลางวัน ราคา [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ  |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ<br>.....   |                 |
| (ตัวอักษร) ..... สองร้อยบาทถ้วน   | 200             |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ซึ่งนี้ไม่สามารถเรียกใช้เสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน

*(ลายเซ็น)*  
นายวิชาญ อรรถพรสวัสดิ์

ผู้จ่ายเงิน

( นางสาวชวารี มอชู )

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 9103 00076 45 9  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย รวิพงษ์ วรวรรณสงคราม  
Name Mr. Rattapong  
Last name Worawannasongkhram  
เกิดวันที่ 22 ก.ค. 2516  
Date of Birth 22 Jul. 1973  
ศาสนา พุทธ  
ที่อยู่ 107 หมู่ที่ 2 ต.ป่าส้มพุดสี  
อ.มะม่วง จ.สตูล  
8 ก.ค. 2564  
วันหมดอายุ  
8 Jul. 2021  
Date of expiry  
(นายธนาคม จงจรัส)  
เจ้าพนักงานออกบัตร  
21 ก.ค. 2572  
วันบัตรหมดอายุ  
21 Jul. 2029  
Date of Expiry  
9107-04-05061544

*(Handwritten signatures and stamps)*  
Signature 1  
Signature 2  
Signature 3 (นายธนาคม จงจรัส)

## ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่..... 63-00-0378.....

วันที่..... 19 มกราคม 2564.....

ข้าพเจ้า นางกุสุมา ขอว่า..... เลขประจำบัตรประชาชน..... 3910300089268.....

ที่อยู่ เลขที่..... 31..... ซอย..... ถนน..... หมู่ที่..... 4.....

ตำบล..... ป่าส้มพัฒนา..... อำเภอ..... มะม่วง..... จังหวัด..... สตูล.....

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ   | จำนวนเงิน (บาท) |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน.....<br>.....<br>.....  |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าที่หักตามจริง (โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )  |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ,Boarding pass หรือกากตัว)<br><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [.....] [.....] [.....] เดินทางจาก [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] ระยะทาง..... กม. x 4 บ.<br><input type="checkbox"/> รถโดยสารประเภท..... จาก [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> อื่น ๆ เดินทาง จาก..... [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] (ไป-กลับ)<br><input type="checkbox"/> เครื่องบิน<br>สายการบิน..... จาก..... ถึง..... |                 |
| <input type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง ราคา [ 25 บาท ] x [ 8 คน ] x [ 2 มื้อ ]..... เป็นเงิน 400 บาท<br>ค่าอาหารกลางวัน ราคา [ 80 บาท ] x [ 8 คน ] x [ 1 มื้อ ] เป็นเงิน 640 บาท  | 1,040           |
| <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ.....<br>.....<br>.....  |                 |
| (ตัวอักษร)..... หนึ่งพันสี่สิบบาทถ้วน.....   | 1,040           |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน กุสุมา ขอว่า  
 (นางกุสุมา ขอว่า)

ผู้จ่ายเงิน.....  
 (นางสาวชวารี มอชู)

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 หมายเลขประจำตัวประชาชน 3 9103 00086 26 8  
 Identification Number

ชื่อและนามสกุล นาง กุสุมา ซอว่า  
 Name Mrs. Kusama  
 Last name Sorwa  
 เกิดวันที่ 15 ต.ค. 2505  
 Date of Birth 15 Oct. 1962  
 ศาสนา อิสลาม

อายุ 31 ปี 4 ต.ป.อ.พัฒนา  
 อ.ละโว้ จ.สุโขทัย  
 12 พ.ค. 2516  
 วันระงับบัตร  
 12 May 2016  
 Date of Issue

14 ต.ค. 2566  
 วันบัตรหมดอายุ  
 14 Oct. 2023  
 Date of Expiry

9107-02-05121032



นางกุสุมา ซอว่า  
 กุสุมา ซอว่า

BORA-2.9-01

ประเทศไทย  
 THAILAND

11-0004470-29

# สำเนาคุณนับ

ที่สศ ๐๗๓๒/ว.๕

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมะนัง  
ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอมะนัง  
จังหวัดสตูล ๙๑๑๓๐

๑๕ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุม

เรียน นายเจ๊ะอับดุลลาห์ แดหวัน, นายก อบต.นิคมพัฒนา, นายก อบต.ปาล์มพัฒนา, นายก อบต.อุไคเจริญ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมะนัง กำหนดจัดประชุมวางแผนและปรึกษาหารือ ประชุมร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอมะนัง เพื่อวางแผนงานโครงการพัฒนา กลไกบูรณาการสุขภาพ อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ในวันอังคาร ที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมะนัง จังหวัดสตูล นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมะนัง ขอเชิญคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ในหน่วยงานของท่าน เข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม

ขอแสดงความนับถือ



(นายภุรณ ไต้ประคู้)  
สาธารณสุขอำเภอมะนัง

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  
โทร. ๐ ๗๔๗๕๐๘๘๑

อ้าง.....  
พิมพ์.....  
ทาน.....