

ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่.....63-00-0378.....

วันที่.....

ข้าพเจ้าเลขประจำบัตรประชาชน.....

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 099400005377)

(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน.....	
<input type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง (โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio)	
<input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ,Boarding pass หรือกาทั๋ว) <input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [.....].[.....].[.....] เดินทางจาก [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] ระยะทาง.....กม. x 4 บ. <input type="checkbox"/> รถโดยสารประเภท.....จาก [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] (ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ เดินทาง จาก..... [อ.....] [จ.....] ถึง [อ.....] [จ.....] (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

(นางสาวซูวารี มอชู)