**ใบสำคัญรับเงิน**

ข้อตกลงเลขที่ 65-00-0317

วันที่

ข้าพเจ้า เลขประจำบัตรประชาชน

ที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน   
ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

(โครงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ) ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน (บาท)** |
| ค่าตอบแทน |  |
| ค่าที่พักตามจริง ( โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio ) |  |
| ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ,Boarding pass หรือกากตั๋ว)  รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [ ] [ ] [ ] เดินทางจาก [อ. ] [จ. ] ถึง [อ. ] [จ. ]ระยะทาง กม.x 5 บ.   รถโดยสารประเภท .จาก [อ. ] [จ. ] ถึง [อ. ] [จ. ] (ไป-กลับ)   อื่น ๆ เดินทาง จาก [อ. ] [จ. ]  ถึง [อ. ] [จ. ] (ไป-กลับ)   เครื่องบิน  สายการบิน จาก ถึง |  |
| ค่าอาหารว่าง ราคา [ บาท ] x [ คน ] x [ มื้อ]   ค่าอาหารกลางวัน ราคา [ บาท ] x [ คน ] x [ มื้อ] |  |
| ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ |  |
| **(ตัวอักษร)** |  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ผู้จ่ายเงิน   
 ( ) ( นางสาวฮามีด๊ะ หวันนุรัตน์ )