**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)  เครื่องบินสายการบิน 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 )