

## ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ .....

ข้าพเจ้า นางสาววิภาภรณ์ จันทสีสุก เลขประจำบัตรประชาชน 1959900425502

ที่อยู่ เลขที่ 49/9 ซอย - ถนน - หมู่ที่ 9

ตำบล บางไทร อำเภอ โคกโพธิ์ จังหวัด ปัตตานี

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)  
(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

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 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง ราคา [ <u>35</u> บาท ] x [ <u>4</u> คน ] x [ <u>8</u> มื้อ ] ค่าอาหารกลางวัน ราคา [ <u>70</u> บาท ] x [ <u>4</u> คน ] x [ <u>4</u> มื้อ ]	<u>2,240-</u>
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ .....	
(ตัวอักษร) <u>สองพันสองร้อยสี่สิบ บาทถ้วน</u>	<u>2,240-</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน วิภาภรณ์ จันทสีสุก  
(นางสาววิภาภรณ์ จันทสีสุก)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวชวารี มอชู)


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 1 9599 00425 50 2  
 Identification Number

**ชื่อและชื่อสกุล น.ส. ภัทรานิษฐ์ จันส์สุก**  
 Name Miss Patrani  
 Last name Jansisuk

เกิดวันที่ 22 ธ.ค. 2537  
 Date of Birth 22 Dec. 1994

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 43/2 หมู่ที่ 2 ต.บางโคระ  
 อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี  
 5 ธ.ค. 2563  
 วันออกบัตร  
 5 Dec. 2020  
 Date of Issue

  
 (นางสาวภัทรานิษฐ์ จันส์สุก)  
 เจ้าพนักงานออกบัตร

21 ธ.ค. 2571  
 วันบัตรหมดอายุ  
 21 Dec. 2028  
 Date of Expiry

9011-03-12061061



๑๗๙ ๑๕๐  
 กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศฯ กระทรวงพาณิชย์  
 ๗. เกษณ์

สำเนาถูกต้อง  
 ภัทรานิษฐ์ จันส์สุก  
 (นางสาวภัทรานิษฐ์ จันส์สุก)

# ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ 8 ธ.ค. 2564

ข้าพเจ้า นางสาวปรีญา แก้วพิมล เลขประจำบัตรประชาชน 3 9402 00423 319

ที่อยู่ เลขที่ 80/1 ซอย ถนน หมู่ที่ 2

ตำบล ช้างใต้ อำเภอ โศภโพนธ์ จังหวัด ชัยภูมิ

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน <u>วิเคราะห์ข้อมูล Assessing II</u>	3000
<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 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) <u>สามพัน บาทถ้วน</u>	3,000

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน นางสาวปรีญา แก้วพิมล  
 ( นางสาวปรีญา แก้วพิมล )

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



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 3 9402 00423 31 9  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ปรียา แก้วพิมล

Name Miss Preeya

Last name Keawpimon

เกิดวันที่ 1 ก.พ. 2516

Date of Birth 1 Feb. 1973

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 80/1 หมู่ที่ 2 ต.ช้างให้ตลก

อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี

10 มี.ค. 2560

วันออกบัตร

10 Mar. 2017

Date of Issue

เจ้าพนักงานออกบัตร

31 มี.ค. 2560

วันบัตรหมดอายุ

31 Jan. 2026

Date of Expiry

9402-05-03101222



*ม.ล. น.ส. ปรียา แก้วพิมล*

*นางสาว น.ส. ปรียา แก้วพิมล*  
*25 มี.ค. 2560*

# ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ .....

ข้าพเจ้า นางสาว ภัทราธิษฏ์ จันทสีสุก เลขประจำบัตรประชาชน 19599 00425502

ที่อยู่ เลขที่ 43/2 ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ 2

ตำบล บางไทร อำเภอ โคกโพธิ์ จังหวัด ปัตตานี

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)  
(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน .....	
<input type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง ( โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )	
<input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ, Boarding pass หรือกากตัว) <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 checked="" type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ <u>ค่าจ้างปรจักษ์งาน วันที่ 4 ธันวาคม 2564 - 7 ธันวาคม 2564</u>	4,000.-
(ตัวอักษร) <u>สี่พันบาทถ้วน -</u>	4,000.-

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน ภัทราธิษฏ์ จันทสีสุก  
(นางสาวภัทราธิษฏ์ จันทสีสุก)

ผู้จ่ายเงิน .....

(นางสาวชวารี มอชู)

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
**เลขประจำตัวประชาชน 1 9599 00425 50 2**  
**ชื่อและชื่อสกุล น.ส. ปัทรานิษฐ์ จันสีสุก**  
**Name Miss Patranit**  
**Last name Jansisuk**  
**เกิดวันที่ 22 ธ.ค. 2537**  
**Date of Birth 22 Dec. 1994**  
**ศาสนา พุทธ**  
**ที่อยู่ 43/2 หมู่ที่ 2 ต.บางเกาะ**  
**อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี**  
**5 ธ.ค. 2563**  
**วันออกบัตร 5 Dec. 2020**  
**Date of Issue**  
**กรมการปกครอง (ประเทศไทย)**  
**เจ้าพนักงานบัตร**  
**21 ธ.ค. 2571**  
**วันบัตรหมดอายุ 21 Dec. 2028**  
**Date of Expiry**  
**9011-03-12061051**

อำนวยการสื่อสารวิทยุ โทรคมนาคม  
 จากพื้นที่

นางสาวไตรศพร

ใส่หาถูกต้อง  
 ปัทรานิษฐ์ จันสีสุก  
 (นางสาว ปัทรานิษฐ์ จันสีสุก)

# ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ 8 ธันวาคม 2564

ข้าพเจ้า นางสาว ภูมิรัตน์ ชุมภูประวีโร เลขประจำบัตรประชาชน 19098 00186 47 6

ที่อยู่ เลขที่ 74/9 ซอย - ถนน - หมู่ที่ 2

ตำบลทุ่งขี้เหล็ก อำเภอนาดูน จังหวัดสงขลา

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน	
<input type="checkbox"/> ค่าที่หักตามจริง (โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )	
<input checked="" type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ, Boarding pass หรือภาคตัว) <i>Assesmt</i> <input checked="" type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [ ] [ ] [ ] เดินทางจาก [อ. เมือง] [จ. ชัตตกที้] ถึง [อ. ฉะลุง] [จ. สตูล] ระยะทาง 313 x 2 กม. x 4 บ. <input type="checkbox"/> รถโดยสารประเภท [ ] จาก [อ. ] [ ] [ ] (ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ เดินทาง จาก [ ] [ ] [ ] ถึง [อ. ] [ ] [ ] (ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> เครื่องบิน สายการบิน [ ] จาก [ ] ถึง [ ]	2,500
<input type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง ราคา [ ] บาท x [ ] คน x [ ] มื้อ <input type="checkbox"/> ค่าอาหารกลางวัน ราคา [ ] บาท x [ ] คน x [ ] มื้อ	
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ	
(ตัวอักษร) <i>ส่งของพัสดุหน้าวัยอบบาคถั่วทอง -</i>	2,500.-

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน *ภูมิรัตน์ ชุมภูประวีโร*  
(นางสาว ภูมิรัตน์ ชุมภูประวีโร)

ผู้จ่ายเงิน \_\_\_\_\_  
(นางสาวชวารี มอช)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 1 9098 00186 47 6  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ภามรัตน์ ชุมภูประวีร์

Name Miss Pamonrat

Last name Chumpoopraviro

เกิดวันที่ 6 ม.ค. 2530

Date of Birth 6 Jan. 1987

ที่อยู่ 74/2 หมู่ที่ 2 ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่

จ.สงขลา

10 มี.ย. 2556

วันออกบัตร

10 Jun. 2013

Date of Issue

(นางภามรัตน์ ชุมภูประวีร์)  
เจ้าพนักงานออกบัตร

5 ม.ค. 2565

วันบัตรหมดอายุ

5 Jan. 2022

Date of Expiry



9098-03-06101124

216600000

ภามรัตน์ ชุมภูประวีร์  
(นางภามรัตน์ ชุมภูประวีร์)



# ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ 5 ธันวาคม 2564

ข้าพเจ้า นางสาวกมลรัตน์ ชุมภูประวีโร เลขประจำบัตรประชาชน 1909800186476

ที่อยู่ เลขที่ 74/2 ซอย - ถนน - หมู่ที่ 2

ตำบล ทุ่งใหญ่ อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัด สงขลา

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 099400005377)

(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน <u>วิเคราะห์ข้อมูลกรณี assessing 1, 2</u>	<u>2000.-</u>
<input type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง (โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )	
<input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ, Boarding pass หรือกาทัว) <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 [.....] [.....] ถึง [.....] [.....] (ไป-กลับ) <input type="checkbox"/> เครื่องบิน สายการบิน ..... จาก ..... ถึง .....	
<input type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง ราคา [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ <input type="checkbox"/> ค่าอาหารกลางวัน ราคา [.....] บาท x [.....] คน x [.....] มื้อ	
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ	
<b>(ตัวอักษร)</b> <u>ส่งพนักงานอีกขอ -</u>	<u>2000.-</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน กมลรัตน์ ชุมภูประวีโร  
(นางสาวกมลรัตน์ ชุมภูประวีโร)

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



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน 1 9098 00186 47 6  
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. กมรรัตน์ ชุมภูประวีโร



Name Miss Pamorrat  
 Last name Chumpoopraviro  
 เกิดวันที่ 6 ม.ค. 2530  
 Date of Birth 6 Jan. 1987



ที่อยู่ 74/2 หมู่ที่ 2 ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่

จ.สงขลา  
 10 มี.ย. 2556  
 วันออกบัตร  
 10 Jun. 2013  
 Date of Issue

(นางสาว กมรรัตน์)  
 เจ้าพนักงานออกบัตร

5 ม.ค. 2565  
 วันบัตรหมดอายุ  
 5 Jan. 2022  
 Date of Expiry

9098-03-08101124

รับเอกสาร  
 กมรรัตน์ ชุมภูประวีโร  
 (นางสาว กมรรัตน์ ชุมภูประวีโร)

# ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ 7 ธ.ค. 2564

ข้าพเจ้า นางสาว อมรรรัตน์ ชมภูประวีร์ เลขประจำบัตรประชาชน 19098 00186476

ที่อยู่ เลขที่ 74/2 ซอย - ถนน - หมู่ที่ 2

ตำบล ทุ่งโพธิ์ อำเภอ ชาติใหญ่ จังหวัด สิงห์บุรี

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน <u>ลงพื้นที่ถอดบทเรียน asssessing 2</u> <u>ร.พ. สัตตล</u>	<u>2000.-</u>
<input type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง ( โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )	
<input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ, Boarding pass หรือภาคตัว) <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 .....	
<b>(ตัวอักษร)</b> <u>ส่งค่าของขาดค่า</u>	<u>2000.-</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน อมรรรัตน์ ชมภูประวีร์  
(นางสาวอมรรรัตน์ ชมภูประวีร์)

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


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9098 00186 47 6

**ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ภมรรัตน์ ชุมภูประวีโร**  
 Name Miss Pamorrat  
 Last name Chumpoopraviro

**เกิดวันที่ 6 ม.ค. 2530**  
 Date of Birth 6 Jan. 1987

**ที่อยู 74/2 หมู่ที่ 2 ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่**  
 จ.สงขลา  
 10 มี.ย. 2566  
 วันออกบัตร 10 June 2013  
 Date of Issue

  
 (นายจรัสสินันท์)  
 เจ้าพนักงานออกบัตร

**5 ม.ค. 2565**  
 วันบัตรหมดอายุ 5 Jan 2022  
 Date of Expiry

  
 9098-03-06101124

ใ้แก่คุณลุง  
 ภมรรัตน์ ชุมภูประวีโร  
 (นางคุณภมรรัตน์ ชุมภูประวีโร)

# ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ 6 ธ.ค. 2564

ข้าพเจ้า นางสุดา สว่างฤทธิ เลขประจำบัตรประชาชน 39105 00352 425

ที่อยู่ เลขที่ 342 ซอย - ถนน - หมู่ที่ 6

ตำบล ละงู อำเภอ ละงู จังหวัด สตูล

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)  
(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

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 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 checked="" type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ <u>ค่ารถแท็กซี่</u>	1,000.-
(ตัวอักษร) <u>ค้ำประกันจากตัวท.</u>	1,000.-

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน นาง สุดา สว่างฤทธิ ผู้จ่ายเงิน นางสาวซูวารี มอชู  
 (นางสาวซูวารี มอชู)

 **บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3.9105 00352 42 5**

**ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง สุดา สราญฤทธิ**  
Name Mrs. Suda  
Last name Saranrit

เกิดวันที่ 22 ก.ค. 2498  
Date of Birth 22 Jul. 1955

ศาสนา อิสลาม

อายุ 342 หมู่ที่ 6 ต.ละงู  
อ.ละงู จ.สตูล  
1 ก.ย. 2559  
วันออกบัตร  
1 Sep. 2016

21 ก.ค. 2568  
วันบัตรหมดอายุ  
21 Jul. 2025

9016-03-09011601

*Handwritten signatures and notes in blue ink:*

- Large signature on the left side of the card.
- Signature across the middle of the card.
- Signature on the right side of the card.

# ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ ๕ ธ.ค. ๒๕๖๔

ข้าพเจ้า นางสุก สว่างฤทธิ์ เลขประจำบัตรประชาชน 39105 00352425

ที่อยู่ เลขที่ 342 ซอย - ถนน - หมู่ที่ 6

ตำบล ละงู อำเภอ ละงู จังหวัด สตูล

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)  
(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน	
<input checked="" type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง (โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio) <u>assesssing 2</u>	<u>3,000.-</u>
<input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ, Boarding pass หรือกากตัว) <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) <u>ขอ (ค่าที่พักตามจริง)</u>	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน นาง สุก สว่างฤทธิ์ ผู้จ่ายเงิน \_\_\_\_\_

(นางสาวชวารี มอชู)

 บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9105 00352 42 5

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง สุดา สราญฤทธิ์  
Name Mrs. Suda  
Last name Saranrit  
เกิดวันที่ 22 ก.ค. 2498  
Date of Birth 22 Jul. 1955  
ศาสนา อิสลาม

อายุ 342 ปี 6 เดือน 11 วัน  
อ.ต.ต.ง.จ.ศ.ต.ต.  
1 ก.ย. 2559  
วันออกบัตร  
Date of Issue 1 Sep. 2018

 21 ก.ค. 2568  
วันบัตรหมดอายุ  
Date of Expiry 21 Jul. 2026

 0016-03-09011801

*Handwritten signatures in blue ink:*  
1. A large signature on the left side of the card.  
2. A signature in the center, overlapping the card's text.  
3. A signature on the right side, overlapping the photo area.





ทะเบียนเลขที่...๔๗.....

ใบอนุญาตเลขที่...๗./๒๕๕๖.....

# กระทรวงมหาดไทย

## ใบอนุญาตประกอบธุรกิจโรงแรม

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า ..นางสุดา สราญฤทธิ์.....

ได้รับอนุญาตให้ประกอบธุรกิจโรงแรมตามมาตรา ๑๕ แห่งพระราชบัญญัติ  
โรงแรม พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยใช้ชื่อภาษาไทยว่า ..ธารทิพย์ รีสอร์ท.....

ชื่อภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี).....

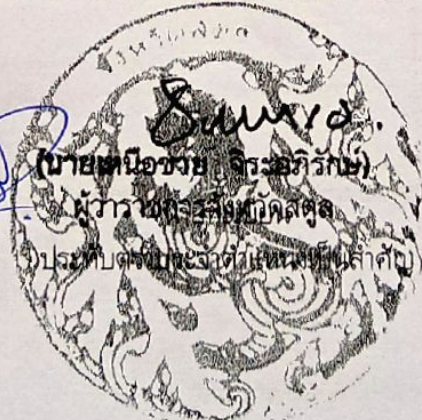
โรงแรมประเภท.....๑..... จำนวนห้องพัก.....๑๒.....ห้อง

สถานที่ตั้ง ๓๔๒ หมู่ที่ ๖ ตำบลละงู อำเภอละงู จังหวัดสตูล

ตั้งแต่วันที่ ๒๗ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๖ ถึง วันที่ ๒๗ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๑

ออกให้ ณ วันที่ ๒๗ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖

*Signature*  
นาง สุดา สราญฤทธิ์



*Signature*  
นายต๋องขจร จิระอภิรักษ์  
ผู้อำนวยการกองคุ้มครองดูแล  
และบำรุงรักษาโรงแรม  
กระทรวงมหาดไทย

## ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 63-00-0378

วันที่ 4 6.0

ข้าพเจ้า ทพ.หญิง รัชดา กว.สิงห์ เลขประจำบัตรประชาชน 39402 00 423 319

ที่อยู่ เลขที่ 80/1 ซอย ถนน หมู่ที่ 2

ตำบล ชาติไทย อำเภอ รัตนบุรี จังหวัด รัตนบุรี

ได้รับเงินจาก กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000005377)

(โครงการศูนย์วิชาการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ)

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
<input checked="" type="checkbox"/> ค่าตอบแทน <u>งานเขียนสัมมนา Assesing II รัชดา</u>	<u>3,000</u>
<input type="checkbox"/> ค่าที่พักตามจริง (โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและ folio )	
<input type="checkbox"/> ค่าพาหนะเดินทาง (โปรดแนบใบเสร็จ, Boarding pass หรือภาคี) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนบุคคล ทะเบียน [ ] [ ] [ ] เดินทางจาก [ ] [ ] [ ] ถึง [ ] [ ] [ ] ระยะทาง กม. x 4 บ.</li> <li><input type="checkbox"/> รถโดยสารประเภท [ ] จาก [ ] [ ] ถึง [ ] [ ] [ ] (ไป-กลับ)</li> <li><input type="checkbox"/> อื่น ๆ เดินทาง จาก [ ] [ ] [ ] ถึง [ ] [ ] [ ] (ไป-กลับ)</li> <li><input type="checkbox"/> เครื่องบิน</li> </ul> สายการบิน [ ] จาก [ ] ถึง [ ]	
<input type="checkbox"/> ค่าอาหารว่าง ราคา [ ] บาท x [ ] คน x [ ] มื้อ	
<input type="checkbox"/> ค่าอาหารกลางวัน ราคา [ ] บาท x [ ] คน x [ ] มื้อ	
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระบุ	
(ตัวอักษร) <u>สมพันธ์ มาทกวัน</u>	<u>3,000</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน รัชดา กว.สิงห์  
( ทพ.หญิง รัชดา กว.สิงห์ )ผู้จ่ายเงิน \_\_\_\_\_  
( นางสาวชวารี มอชู )



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 3 9402 00423 31 9

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ปรีญา แก้วพิมล

Name Miss Preeya

Last name Kaowpimon

เกิดวันที่ 1 ก.พ. 2516

Date of Birth 1 Feb. 1973

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 80/1 หมู่ที่ 2 ต.ช้างให้ต.

อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี

10 มี.ค. 2560

วันออกบัตร

10 Mar. 2017

Date of Issue



รองอธิบดี (อาวุโสพิเศษ)

เจ้าพนักงานออกบัตร

31 มี.ค. 2569

วันบัตรหมดอายุ

31 Jan. 2026

Date of Expiry

9402-05-03101222



*ปรีญา แก้วพิมล*

*ดร.นพ.มนต์จรรย์ โสภณชัย II*

*2/10/2017  
อ.ค.อ. 2884*