แบบใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.... สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง.....

โครงการ/หลักสูตรการ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก ..สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กระทรวงสาธารณสุข ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	ส.ต.
ค่าสมนาคุณวิทยากร		
เรื่อง		
วันที่		
เวลา		
จำนวน ชั่วโมงๆละ บาท		
รวม(บาท)		

จำนวนเงิน

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)