

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมสำหรับบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี.....หลักสูตร/โครงการ.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งสิ้น.....คน
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ได้รับเงินจากกรม.....กระทรวง.....
 ปรากฏรายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร (บาท)	ค่าเช่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....