



สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

อาคารสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ชั้น 7 คณะสาธารณสุขศาสตร์ 420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร 0-2354-8553
โทรสาร 0-2644-8999 website: www.hepa.or.th E-mail: hepahai@gmail.com หมายเลขผู้เสียภาษี 0993000176146

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เลขที่บัตรประชาชน.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
ได้รับเงินค่าพาหนะและเบี้ยเลี้ยงเดินทาง ในการประเมินมาตรฐานงานสุขศึกษาในสถานบริการสาธารณสุข
จากสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
1. ตรวจสอบประเมิน จังหวัด.....จำนวน.....แห่ง		
2. ตรวจสอบประเมิน จังหวัด.....จำนวน.....แห่ง		
3. ตรวจสอบประเมิน จังหวัด.....จำนวน.....แห่ง		
4. ตรวจสอบประเมิน จังหวัด.....จำนวน.....แห่ง		
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (.....)		

ลงชื่อผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่

ลงชื่อผู้รับเงิน

(.....)

วันที่