



หลักฐานการจ่ายเงิน

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

ที่อยู่ 88/44 ชั้น 2 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

โทร. 02 193 7000 ต่อ 18625

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1.	ค่าพวงหรีด และ ค่าพิธีกรรมตามศาสนาของสมาชิกที่ถึงแก่ความตาย ของสมาชิก ฌกส.อสม. ที่เสียชีวิต ชื่อ..... นามสกุล.....	2,000	.00
จำนวนเงิน	(-สองพันบาทถ้วน-)	2,000	.00

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

ลงชื่อ *.....ผู้รับเงิน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ให้ท่านลงนามในช่องผู้รับเงิน ส่วนผู้จ่ายเป็นเจ้าหน้าที่สมาคมฯ