



หลักฐานการจ่ายเงิน

สมาคมฅปนภคสงเคราะหุอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

ที่อยู่ 88/44 ชั้น 2 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

โทร. 02 193 7000 ต่อ 18625

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ชื่อ - สกุล (ทายาทผู้รับเงิน)

ได้รับเงินจากสมาคม ฅกส.อสม. รายการดังนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1.	เงินสงเคราะห์ ครั้งที่ ของสมาชิก ฅกส.อสม. ที่เสียชีวิต ชื่อ..... นามสกุล.....		
จำนวนเงิน	(ตัวอักษร)		

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน**

(.....)

หมายเหตุ ผู้จ่าย คือ สมาคม ฅกส.อสม.

** ให้เซ็นชื่อผู้รับ 1 ใบ ต่อทายาทผู้รับเงิน 1 คน