**แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก**

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม หลักสูตร / โครงการ

วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งสิ้น คน

ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลจอมพระ กระทรวงสาธารณสุข ปรากฏรายละเอียดดังนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุล | ที่อยู่ | | | | | ค่าอาหาร  (บาท) | ค่าที่พัก  (บาท) | ค่าพาหนะ(บาท) | รวมเป็นเงิน  (บาท) | วัน เดือน ปี  ที่รับเงิน | ลายมือชื่อ |
| เลขที่ | หมู่ | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น | | | | | |  |  |  |  |  |  | |

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

(...........................................................)

ตำแหน่ง........................................................