**แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม** |  | **โครงการ/หลักสูตร** |  |
| **วันที่** |  | **เดือน** |  | **พ.ศ.** |  | **ถึงวันที่** |  | **เดือน** |  | **พ.ศ.** |  | **จำนวนผู้เข้ารับการอบรม/ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งสิ้น** |  |  **คน** |
| **ผู้เข้ารับการอบรม / ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจากกรม** |  |  **กระทรวง** |  **สาธารณสุข** |
| **ปรากฏรายละเอียดดังนี้** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ชื่อ – สกุล** | **ที่อยู่** | **ค่าอาหาร****(บาท)** | **ค่าที่พัก****(บาท)** | **ค่าพาหนะ****(บาท)** | **รวมเป็นเงิน****(บาท)** | **วัน เดือน ปี****ที่รับเงิน** | **ลายมือชื่อ****ผู้รับเงิน** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น** |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ....................................................................ผู้จ่ายเงิน

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

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