**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...............................................................................