แบบแสดงการเบิกจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน โครงการที่ได้รับการอนุมัติจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเชียงใหม่

วัน เดือน ปี	ลำดับ	ชื่อ–สกุล	ที่อยู่	รายละเอียดการปฏิบัติงาน	จำนวนเงินที่รับ	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	ผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน **ลงชื่อ.....พยาน** **ลงชื่อ.....พยาน**