**แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก**

**ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม**...................ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10..................**โครงการ / หลักสูตร**.............................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปรากฏรายละเอียดดังนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ-สกุล | ที่อยู่ | ค่าอาหาร  (บาท) | ค่าเช่าที่พัก  (บาท) | ค่าพาหนะ  (บาท) | รวมเป็นเงิน  (บาท) | วัน เดือน ปี  ที่รับเงิน | ลายมือชื่อ  ผู้รับเงิน |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |  | |

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

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

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