

กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

โครงการ..... ปีงบประมาณ

รหัสโครงการ: กท

สนับสนุนการดำเนินงานโครงการฯ จังหวัดละ บาท

| (1) ลำดับ | (2) หน่วยงาน/จังหวัด | จำนวนเงินที่โอนสนับสนุน (บาท) | | | จำนวนเงินที่เบิกจ่าย (บาท) | | งบประมาณคงเหลือ (เบิกเกิน) (บาท) | | |
|--------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------|--|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| | | (3) จำนวนเงิน | (4) บัญชีเงินฝากธนาคาร | (5) ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่/เลขที่... ลว... | (6) เลขที่หนังสือ นำส่ง | (7) จำนวนเงิน (บาท) | (8) จำนวนเงิน (บาท) | (9) คืนเงินแล้ว ตามหนังสือ | (10) ยังมีได้คืนเงิน เนื่องจาก |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| รวม | | | | | | | | | |

หมายเหตุ กรุณาแนบสำเนาเอกสารในช่อง (5) (6) และ (9) ถ้ามี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกแผ่นด้วย