**ใบสำคัญรับเงิน**

ที่…………………………………………………………

(ส่วนราชการเป็นผู้ให้)

วันที่......................เดือน...............................พ.ศ............

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)....................................................เลขประจำตัวประชาชน.............................................อยู่บ้านเลขที่........................................................หมู่ที่................................ถนน........................................................ตำบล/แขวง..............................................อำเภอ/เขต.......................................จังหวัด............................................... ได้รับเงินจาก………..โครงการกองทุนโลก ด้านวัณโรค ...................... ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |
|  ค่าเดินทางสำหรับผู้ป่วย MDR/RR-TB ในการกำกับกินยา ต่อหน้าเจ้าหน้าที่ (DOT) ทุกวัน เดือนละ 1,500 บาท เดือนที่.........................................(ของการรักษา) MDR/RR-TB No…………………………………………………. |  |  |
|  |  |  |

**จำนวนเงิน (ตัวอักษร)** ........................................................................................................................................

ลงชื่อ X……………………………........……………….…….ผู้รับเงิน

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

ลงชื่อ X……………………………........…………….…….ผู้จ่ายเงิน

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

ลงชื่อ X………..………………………........…………….…….พยาน

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