



ใบสำคัญที่ 2-3

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ... กรุงเทพมหานคร... จังหวัดชลบุรี
ที่ ลบ ๐๐๓๖.๗๐๑/๑/๑๕ วันที่ ๘ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
เรื่อง งดอนุมัติเบิกจ่ายโครงการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ

ด้วย งาน/ฝ่าย... กรุงเทพมหานคร... มีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่าย
เพื่อสนับสนุนงาน/ กิจกรรม... กรุงเทพมหานคร... โดยใช้งบประมาณโครงการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖/แหล่งงบประมาณ... CUP...
แผนงาน/โครงการ... กรุงเทพมหานคร...

ยอดจัดสรร	ยอดเบิกจ่ายแล้ว	ยอดเงินเหลือ	เบิกจ่ายครั้งนี้	ยอดเงินคงเหลือ
๑๐๐,๐๐๐	๖๖,๔๐๐	๑๓๓,๖๐๐	- ๗,๖๖๔ -	๑๒๕,๙๓๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

เรียน ฝ่ายการเงินการคลัง ได้ตรวจสอบแล้ว
ปรากฏว่าตรงตามแผนงาน

(นางสาวรัชนิกร หาแก้ว)
หัวหน้างานฝ่ายงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์
และสารสนเทศทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางศรีัญญา ทองวิวัฒน์)
เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน
รักษาการแทนหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

[Redacted Signature]

ผู้รับผิดชอบโครงการ
(นางสาววิภาณี จันทร์โอภาส)
พ.(นงนวล วิภาณีพ. ส่วนบริหารการเงิน)
เจ้าภาพยุทธศาสตร์ที่ ๒

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ
ได้ตรวจสอบแล้วปรากฏว่าการขออนุมัติครั้งนี้
งบประมาณเพียงพอที่จะเบิกได้ ทั้งนี้ได้หักยอดเงิน
บัญชีคุมงบประมาณเรียบร้อยแล้ว และตรวจสอบ
ถูกต้องตามระเบียบทุกประการ

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน
(นางสาววิภาณี จันทร์โอภาส)

เจ้าหน้าที่การเงิน **จ่ายเงินแล้ว**

อนุมัติ นางสาววิภาณี จันทร์โอภาส
การเงินและบัญชีปฏิบัติงาน

๐๓ เม.ย. ๒๕๖๖

(นางณัฐพงษ์ นงนุช)
นายแพทย์ปฏิบัติการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลโคกเจริญ.....

ที่ .ลบ.๐๐๓๓.๓๐๑/๙/๔.....วันที่ ๕ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๕.....

เรื่อง ขออนุมัติเข้าร่วมอบรมนวดไทย อุตลักษณ์ไทย หลักสูตรนวดเหยียบเหล็กแดง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ

ด้วยข้าพเจ้าดำรงมีรายนามต่อไปนี้

- นางสาวกัลย์จิรัตน์ อินทผลัญ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ.....

มีความประสงค์ขออนุญาตเข้าร่วมอบรมการนวดไทย อุตลักษณ์ไทย หลักสูตรเหยียบเหล็กแดง ด้วยกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จะดำเนินการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพครูต้นแบบด้านการนวดไทย โดยแบ่งเป็น ๒ ช่วง คือ ช่วงที่ ๑ วิชาพื้นฐานและภาคทฤษฎี ผ่านระบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (E-Meeting : Zoom Cloud Meeting) ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖ และช่วงที่ ๒ ภาคปฏิบัติ ระหว่างวันที่ ๖ - ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมบัวหลวง กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ขอเชิญ

นางสาวกัลย์จิรัตน์ อินทผลัญ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

โรงพยาบาลโคกเจริญ

เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพครูต้นแบบด้านการนวดไทย อุตลักษณ์ไทย หลักสูตรนวดเหยียบเหล็กแดง ตามวันเวลา สถานที่ดังกล่าว โดยเบิกค่าใช้จ่าย ค่าที่พัก ค่าเดินทาง และค่าพาหนะจากหน่วยงานต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....นางสาวกัลย์จิรัตน์ อินทผลัญ.....)

ตำแหน่ง.....แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ.....

อนุมัติ

(นายณัฐพงษ์ นงนุช)

นายแพทย์ปฏิบัติการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลโคกเจริญ.....
 ที่ ลจ ๐๐๓๓.๓๐๑/๙/๖ วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๖
 เรื่อง ขออนุมัติ เดินทางไปราชการ ออกรักษาผู้ป่วยในตึกเอเอ โคกเจริญ วันที่ ๖-๗ ๒๐๒๓
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ

ด้วยข้าพเจ้าดำรงมีรายนามต่อไปนี้

- นางสาวกัลย์จิรัตน์ อินทผลัญ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

มีความประสงค์ขออนุญาต เดินทางไปราชการที่ รวม การแพทย์ (แคว้นไทย) และ การแพทย์ (เอเอ)
 ตั้งแต่วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ รวม 5 วัน
 เพื่อเข้ารับการประชุม (อบรม) / สัมมนา เรื่อง อัปเดตศาสตร์จาก ศร. อื่นๆ ด้าน การถอดใจ นวัตกรรมสุขภาพ
 จัดโดย รวม การแพทย์ (แคว้นไทย) และ การแพทย์ (เอเอ)
 ตามหนังสือ (หน่วยงาน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
 ที่ ๐๐๓๓.๐๑๓/๖๒๑๕๐ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕
 โดยเบิกค่าใช้จ่ายจาก ค่าเสียเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าเดินทาง และ ค่าอาหารจากสวัสดิการของตัว
 ออกเดินทางตั้งแต่วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เวลา 16.00 น. โดยยานพาหนะ รถยนต์ส่วนตัว หมายเลข ๑๖๘๕ ๓๗๖
 การขออนุมัติเดินทางไปราชการครั้งนี้เป็น () การสมัครไป โรงพยาบาลโคกเจริญส่งไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....
 (นางสาวกัลย์จิรัตน์ อินทผลัญ)
 ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

อนุมัติ

(นายณัฐพงษ์ นงนุช)
 นายแพทย์ปฏิบัติการ รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ..
 อนุมัติ
 วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๖
 ลงชื่อ.....
 (นางสาวรัชนิกร หาแก้ว)
 กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์
 และสารสนเทศทางการแพทย์

3/2/๖๖



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลโคกเจริญ อำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี โทร ๐ ๓๖-๗๙๕-๑๐๕-๖

ที่ ลป ๐๐๓๓.๓๐๑/๙/๑๗

วันที่ ๑๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ขอชี้แจงไม่^{มี}เงินบำรุงโรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ

ด้วยข้าพเจ้านางสาวกัลย์จิรัตน์ อินทผลัญ ตำแหน่งแพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลโคกเจริญ ได้รับการอนุมัติเข้าร่วมอบรม
เชิงปฏิบัติการเรื่องนวดอัตลักษณ์ไทย เหยียบเหล็กแดง ระหว่างวันที่ ๖ - ๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖ เนื่อง
ด้วยข้าพเจ้ามีเงินส่วนตัวเพียงพอได้สำรองค่าที่พัก ค่าเดินทาง และค่าเบี้ยเลี้ยงในการอบรมในครั้งนี้ จึงไม่ได้
ขอยืมเงินบำรุงของโรงพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางสาวกัลย์จิรัตน์ อินทผลัญ)
(แพทย์แผนไทยปฏิบัติ)

(นายแพทย์ณัฐพงษ์ นงนุช)

นายแพทย์ปฏิบัติการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ

สัญญาเงินยืมเลขที่.....วันที่.....

ชื่อผู้ยืม.....จำนวนเงิน.....บาท

ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ที่ทำการ รพ.โตกเจริญ

วันที่ 29 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน ผู้อำนวยการ รพ.โตกเจริญ

ตามคำสั่ง/บันทึก ที่ ๓๖๐๐๖๖.๗๐๑/๑/๖ ลงวันที่ ๑ ธ.ค. ๒๕๖๖ ได้อนุมัติให้

ข้าพเจ้า น.ส. รัชนี วัฒนวิเศษ ตำแหน่ง แพทย์แผนกโสตศอนาสิก

สังกัด โรงพยาบาลโตกเจริญ พร้อมด้วย.....

เดินทางไปปฏิบัติราชการ อบรมฯ ของ สสจ.บุรีรัมย์ โดยออกเดินทางจาก

บ้านพัก สำนักงาน ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 5 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 เวลา 16.30 น.

และกลับถึง บ้านพัก สำนักงาน ประเทศไทย วันที่ 9 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 เวลา 20.30 น.

รวมเวลาไปราชการครั้งนี้ 4 วัน 5 ชั่วโมง

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ ข้าพเจ้า คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท.....จำนวน 4 วัน รวม 400 บาท

ค่าเช่าที่พักประเภท.....จำนวน 4 วัน รวม 5,600 บาท

ค่าพาหนะ.....รวม 1,664 บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น.....รวม - บาท

รวมเงินทั้งสิ้น 7,664 บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) - (เจ็ดพันหกร้อย) บาท หัก ค่าเดินทาง -

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย จำนวน.....

.....ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน

(น.ส. รัชนี วัฒนวิเศษ)

ตำแหน่ง แพทย์แผนกโสตศอนาสิก

<p>ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ..... (<i>ดร.อรรถพร ฤกษ์ทิศา</i>)</p> <p>ตำแหน่ง <i>ผอ. อรรถพร ฤกษ์ทิศา</i></p> <p>วันที่.....</p>	<p>อนุมัติให้จ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ..... (<i>นายณัฐพงษ์ นงนุช</i>)</p> <p>ตำแหน่ง <i>นายแพทย์ปฏิบัติการ รักษาการในตำแหน่ง</i></p> <p>วันที่..... <i>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ</i></p>
---	---

ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน *7,664* บาท
(*เจ็ดพันหกร้อยหกสิบสี่บาทถ้วน*) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

<p>ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน (<i>นางสาว รุ่งอรุณ อมฤตผล</i>)</p> <p>ตำแหน่ง <i>บุคลากร (และ) ฝึกอบรม</i></p> <p>วันที่.....</p>	<p>ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเงิน <i>นางสาว สวรรค์</i></p> <p>ตำแหน่ง <i>เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี</i></p> <p>วันที่.....</p>
--	---

จากเงินยืมตามสัญญาเลขที่..... วันที่.....

หมายเหตุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- คำชี้แจง**
1. กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นในช่องหมายเหตุ
 2. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีที่มีการยื่นเงินให้ระบุวันที่ที่ได้รับเงินยืม และเลขที่สัญญาขืมและวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย
 3. กรณีที่ยื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมิต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ 2)

หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ชื่อตัวราชการ..... รวบรวมเอกสาร โดย เอลีน ลินฮุก

ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ..... พลเอก พลเรือโท พลเรือโท อภิบาล สงวันดี..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 2
แบบ 8708

ลำดับที่	ชื่อ	ตำแหน่ง	ค่าใช้จ่าย				รวม	รายชื่อผู้รับเงิน	วันเดือนปีที่ได้รับเงิน	หมายเหตุ
			ค่าเบี้ยเลี้ยง	ค่าเช่าที่พัก	ค่าพาหนะ	ค่าชื้ออื่น				
1	พลเรือโท อภิบาล	นายเอกพล	400	5,600	1,664	-	7,664	พลเรือโท อภิบาล		
		รวมเงิน	400	5,600	1,664	-	7,664	ตามบัญชี		

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) - ๗๖๖๔.๐๐ บาท -

นางสาวศิริวิศรี มั่งคั่ง
ผู้บังคับกองการเงินและบัญชีปฏิบัติผู้จ่ายเงิน

- คำชี้แจง
1. ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พักให้ระบุอัตราวันและจำนวนวันที่ของเบิกของแต่ละบุคคลในช่องหมายเหตุ
 2. ให้ผู้มีสิทธิแต่ก่อนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่ได้รับเงิน กรณีเป็นการรับเงินจากเงินอื่น ให้ระบุวันที่ได้รับเงิน
 3. ผู้จ่ายเงินหมายถึง ผู้ที่ขอมีเงินงอกทางราชการ และจ่ายเงินนั้นให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

MAX HOTEL Co.,Ltd. (HEADQUATER)
TAX ID 0105550122960
267 Charansanitwong Rd.,Bang-Or,
Bangplad, Bangkok 10700 Thailand
Tel. +66 (0)2 885 4152-5 Fax. +66 (0)2 433 5364
www.midahotelngamwongwan.com



ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี
RECEIPT / TAX INVOICE

TAX INVOICE ISSUE BY
MIDA HOTEL NGAMWONGWAN Branch no. 00001
TAX ID 0105550122960
29/67 Ngamwongwan Road ,Bangkrasor Muang
Nonthaburi 11000 Thailand
Tel. +66 (0)2 591 7227 Fax. +66 (0)2 591 7166

RECEIPT / TAX INVOICE# NO. 88521

Guest Name : นางสาว กัลย์จิรัตน์ อินทผลัญญ
Room Number : 612
Company :
Tax ID/Gst Pass : 1160100430659
Address : โรงพยาบาลโคกเจริญ
111 ม.2 ต.โคกเจริญ อ.โคกเจริญ
จ.ลพบุรี 15250

Page# 1 / 1
Folio No. : 95575
Arrival : 05/02/2023
Departure : 09/02/2023
No. of Guest : 1
Date : 05/02/2023
Time : 08:47:37 PM
Tax invoice Date : 05/02/2023

DATE	DESCRIPTION	REFERENCE	AMOUNT
05/02/2023	ADVANCE PAYMENT-MASTER CARD	612	5,600.00
05/02/2023	MASTER CARD- ADVANCE PAYMENT	612	-5,600.00

*** Credit Card No. XXXX XXXX XXXX 4854 Exp. Date

Remark :

Total Amount (Baht) : 0.00
Vatable : 5,233.64
Vat 7 % : 366.36
Non - Vatable : 0.00
Total Amount (Baht) : 5,600.00

*** FIVE THOUSAND SIX HUNDRED BAHT ONLY ***

จ่ายเงินแล้ว

นางสาวสำวิตร์ แจ่งดี
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน
03 เม.ย. 2566

Group Code :

I agree that my liability for this invoice is not waived and agree to be held personally liable in the event that the indicated person, company or association fails to pay for any part or the full amount of these charges.

Guest's Signature

Max
MAX HOTEL CO.,LTD

PAID

Cashier's Signature
PARINDAPORN SUKSIN (ANNE)

Max Hotel Co.,Ltd. (Head Quarters)
267 Charansanitwong Rd.,Bang-Or,
Bangplad,Bangkok 10700 Thailand
Tel. +66 (0)2 885 4152-5 Fax. +66 (0)2 433 5364
Tax ID No. 0105550122960
www.midahotelngamwongwan.com



Tax Invoice Issue by
Mida Hotel Ngamwongwan Branch no. 00001
29/67 Ngamwongwan Road ,Bangkrasor Muang
Nonthaburi 11000 Thailand
Tel. +66 (0)2 591 7227 Fax. +66 (0)2 591 7166
Tax ID No. 0105550122960

GUEST FOLIO

*** INFORMATION FOLIO ***

Guest Name : นางสาว กัลย์จิรัตน์ อินทผลัญ
Room Number : 612
Company :
โรงพยาบาลโคกเจริญ
111 ม.2 ต.โคกเจริญ อ.โคกเจริญ
จ.ลพบุรี 15250

Page# 1 / 1
Folio No. :
Arrival : 05/02/2023
Departure : 09/02/2023
No. of Guest : 1
Printed Date : 09/02/2023
Printed Time : 03:48:24 AM

DATE	DESCRIPTION	REFERENCE	AMOUNT
05/02/2023	ROOM CHARGE	612	1,400.00
06/02/2023	ROOM CHARGE	612	1,400.00
07/02/2023	ROOM CHARGE	612	1,400.00
08/02/2023	ROOM CHARGE	612	1,400.00
Total Amount (Baht) :			5,600.00
Vatable :			5,233.65
Vat 7 % :			366.36
Non - Vatable :			0.00
Total Amount (Baht) :			<u>5,600.00</u>

*** ห้าพันหก ร้อยบาทถ้วน ***

*** FIVE THOUSAND SIX HUNDRED BAHT ONLY ***

จ่ายเงินแล้ว

นางสาวสาวิตรี แฉ่งดี
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน
03 เม.ย. 2566

I agree that my liability for this invoice is not waived and agree to be held personally liable in the event that the indicated person, company or association fails to pay for any part or the full amount of these charges.

Guest's Signature


Max
MAX HOTEL CO., LTD

Cashier's Signature


SAHACHAT

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนราชการ..... โรงพยาบาล โดมมรังษิ์

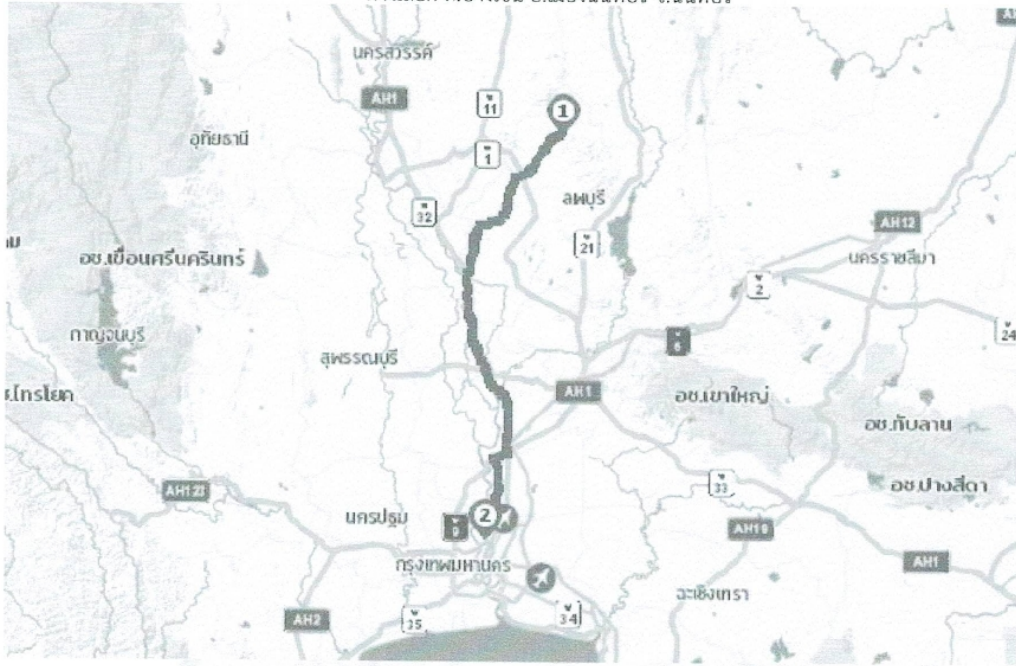
วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
5-9 กุมภาพันธ์ 2566	ค่าเดินทาง โรงพยาบาล โดมมรังษิ์ จ.ฉะเชิงเทรา - วชิรพยาบาลแห่งประเทศไทย อ.พนมทวน (14-รถรับ) (4 x 2 x 208) = 1,664	1,664	
<p>จ่ายเงินแล้ว</p> <p></p> <p>นางสาวสาวตรี แจ่มดี เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน 03 เมย 2566</p>			

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)..... หนึ่งพันหกร้อยหกสิบสี่บาท
 ข้าพเจ้า..... น.ส. วชิรฉัตร สีตลรัตน์..... ตำแหน่ง..... แพทย์แผนไทยปฏิบัติ
 กอง..... โรงพยาบาล โดมมรังษิ์..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างบนนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้
 และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

ลงชื่อ..... 
 (..... นางสาวกัญจรัตน์ อินทผลัญญ์)
 ตำแหน่ง..... แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
 วันที่..... 22 พฤษภาคม 2566

แนะนำเส้นทางโดย กรมทางหลวง กระทรวงคมนาคม

จาก โรงพยาบาลโคกเจริญ ต.โคกเจริญ อ.โคกเจริญ จ.ลพบุรี ถึง สำนักงานแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ต.บางเขน อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี



เวลาที่ใช้ 2 ชั่วโมง 32 นาที ระยะทาง 207.60 กม.

ค่าประมาณการน้ำมันเชื้อเพลิงในการเดินทาง

อัตราสิ้นเปลืองน้ำมัน

- กิโลเมตร/ลิตร

ราคาน้ำมันที่ใช้

- บาท/ลิตร

ค่าประมาณการ

- บาท

1 เริ่มต้นที่ โรงพยาบาลโคกเจริญ

↑ ไปทางทิศตะวันออก จนถึง ทล. 2219

50 เมตร ใช้เวลา < 1 นาที

↖ เลี้ยวซ้าย ที่ ทล. 2219

128 เมตร ใช้เวลา < 1 นาที

↻ กลับรถ ไปยัง ทล. 2219

47.75 กิโลเมตร ใช้เวลา 40 นาที

↗ เลี้ยวขวา ที่ ทล. 205

5.03 กิโลเมตร ใช้เวลา 3 นาที

↑ ไปต่อ ที่ อ.เทศบาล

474 เมตร ใช้เวลา < 1 นาที

สำนักงาน
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รายการจดทะเบียน

วันจดทะเบียน 19 มกราคม 2565 เลขทะเบียน กล 9785 จังหวัด ลพบุรี
 ประเภท รถยนต์นั่งส่วนบุคคลไม่เกิน 7 คน (รย. 1) ลักษณะ เก่งสองตอข
 ยี่ห้อรถ HONDA แบบ [REDACTED] รุ่นปี ค.ศ. 2021
 สีเทา เลขตัวรถ M [REDACTED] 2 อยู่ที่ วัดขี้เหล็ก
 ยี่ห้อเครื่องยนต์ HONDA เลขเครื่องยนต์ LE881060833
 อยู่ที่ สายเครื่อง เชื้อเพลิง เบนซิน-ไฟฟ้า เลขถังแก๊ส

จำนวน 4 สูบ 1498 ซีซี 98 แรงม้า 2 เฟลา 4 ล้อ ยาง 4 เส้น
 น้ำหนักรถ 1200 กก. น้ำหนักบรรทุก/น้ำหนักลงเฟลา กก.
 น้ำหนักรวม 1200 กก. ที่นั่ง 5 คน

64-0067518

0067518

เจ้าของรถ

ลำดับที่ 1 วันที่ครอบครองรถ 19 มกราคม 2565
 ผู้ถือกรรมสิทธิ์ บริษัทกลดต้า ลีสซิ่ง (ประเทศไทย) จำกัด
 เลขที่บัตร [REDACTED] วันเกิด 14 มิถุนายน 2545 สัญชาติ
 ที่อยู่ 4345 อาคารวิรัชทาวเวอร์ แอท ไทเทค ชั้น 25 ถนนสุขุมวิท
 แขวงบางนาใต้ เขตบางนา กรุงเทพมหานคร โทร.
 ผู้ครอบครอง นางสาวกัญจรีรัตน์ อินทผลัม
 เลขที่บัตร [REDACTED] วันเกิด 13 กุมภาพันธ์ 2537 สัญชาติ ไทย
 ที่อยู่ 5/9 หมู่ 7 ต. ปาดาล อ. เมือง ลพบุรี โทร.
 สัญญาเช่าซื้อเลขที่ [REDACTED] ลงวันที่

ลงชื่อ [REDACTED]
 นายกศณ น. บรรณ
 (.....)
 เจ้าหน้าที่งานช่างช่างงาน
 เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ [REDACTED]
 นายกศณ น. บรรณ
 (.....)
 เจ้าหน้าที่งานช่างช่างงาน
 นายทะเบียน

ตีแดงภาค
 10/1/2565 อ.กษณ