

ที่ สธ ๐๖๐๗/ ๓๕๓๗



โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 5437
วันที่ 6 ต.ค. 65
เวลา 13.57 น.

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๖ ชลบุรี

๕๙/๒ หมู่ ๓ ตำบลเสม็ด

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

๒๗

กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งใบเสร็จรับเงินค่าตรวจวิเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบเสร็จรับเงิน เลขที่ ๖๕-๐๔๖๙๙๐ ลงวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๕

ตามที่ โรงพยาบาลรัฐประเทศ ได้โอนเงิน จำนวน ๒๖,๕๐๐.- บาท (สองหมื่นหกพันห้าร้อย บาทถ้วน) เพื่อชำระค่าตรวจเครื่องเอกซเรย์และห้องเอกซเรย์ นั้น

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๖ ชลบุรี ได้รับเงินค่าตรวจวิเคราะห์ดังกล่าวแล้ว จึงขอส่ง ใบเสร็จรับเงิน เลขที่ ๖๕-๐๔๖๙๙๐ ลงวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๕ มาพร้อมกับหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

๐/๙๗

(นางศรัณยพร กิจไชยา)

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๖ ชลบุรี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
- ☒ เพื่อโปรดพิจารณา
- ☒ เห็นความชอบ ๖๖๖๖
- ☐ อื่นๆ .....

๖๖๖๖  
๖๖๖๖

๖๖๖๖

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

๐ ๗ ต.ค. ๒๕๖๕

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร. ๐-๓๘๗๘-๔๐๐๖ ต่อ ๒๐๐

โทรสาร ๐-๓๘๔๕-๕๑๖๕



เลขที่ 65-046990  
หน้า 1 ของ 2 หน้า

### ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ที่ทำการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี 59/2 หมู่ 3 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0994000247648 โทรศัพท์ 03878 4006-7 ต่อ 304

วันที่ 27 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลรัฐประเทศ

ที่อยู่ เลขที่ 4 ถนน มหาดไทย ตำบล/แขวง อร์ญประเทศ อำเภอ/เขต อร์ญประเทศ จังหวัด สระแก้ว 27120

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0994000283741

รายการ		จำนวนเงิน
1	ค่าตรวจเครื่องเอกซเรย์ หมายเลขตัวอย่าง 65058216001	3,500.00
2	ค่าตรวจเครื่องเอกซเรย์ หมายเลขตัวอย่าง 65058216003	3,500.00
3	ค่าตรวจเครื่องเอกซเรย์ หมายเลขตัวอย่าง 65058216005	2,000.00
4	ค่าตรวจเครื่องเอกซเรย์ หมายเลขตัวอย่าง 65058216007	3,500.00
5	ค่าตรวจเครื่องเอกซเรย์ หมายเลขตัวอย่าง 65058216009	2,000.00
6	ค่าตรวจเครื่องเอกซเรย์ หมายเลขตัวอย่าง 65058216011	3,500.00
7	ค่าตรวจเครื่องเอกซเรย์ หมายเลขตัวอย่าง 65058216012	4,500.00
8	ค่าตรวจห้องเอกซเรย์ หมายเลขตัวอย่าง 65058216002	1,000.00
9	ค่าตรวจห้องเอกซเรย์ หมายเลขตัวอย่าง 65058216004	1,000.00
10	ค่าตรวจห้องเอกซเรย์ หมายเลขตัวอย่าง 65058216008	1,000.00
11	ค่าตรวจห้องเอกซเรย์ หมายเลขตัวอย่าง 65058216010	1,000.00
จำนวนเงินรวม ( สองหมื่นหกพันห้าร้อยบาทถ้วน )		26,500.00



2565

.....ผู้รับเงิน

(นายวราวุฒิ ไทยเจริญ)

เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อกรมฯ เรียกเก็บเงินตามเช็ค หรือได้รับการโอนเรียบร้อยแล้ว



เลขที่ 65-046990  
หน้า 2 ของ 2 หน้า

### ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ที่ทำการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี 59/2 หมู่ 3 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0994000247648 โทรศัพท์ 03878 4006-7 ต่อ 304

วันที่ 27 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565

ชำระโดย โอนเงิน

ตามใบแจ้งหนี้ เลขที่ : 014146/080865

ได้รับเงินโอนเมื่อวันที่ 19/9/2565



(นายวรารุณ ไทยเจริญ)

เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

ผู้รับเงิน

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อกรมฯ เรียกเก็บเงินตามเช็ค หรือได้รับการโอนเรียบร้อยแล้ว