มาตรฐาน สสจ.พิจิตร	
เลขทะเบียน	พจ ๐๑๕
วันเริ่มใช้	๑๙ ม.ค.๒๕๕๘
ผู้รับรอง	

ใบรับรองการจัดประชุม

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

คำรับรอง

การจ่ายเงินรายการนี้เป็นค่ารับรองในการประชุมเรื่อง.....
.....
เมื่อวันที่..... เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น. ถึง เวลา.....น.
สถานที่จัดประชุม.....
ตามบันทึกข้อความขออนุมัติจัดประชุม ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.**ผู้เข้าร่วมประชุม** จำนวน .....คน

2.**ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม**

☐ เช้า อัตรามื้อละ.....บาท เป็นเงิน .....บาท

☐ บ่าย อัตรามื้อละ.....บาท เป็นเงิน .....บาท

3.**ค่าอาหาร**

☐ กลางวัน อัตรามื้อละ.....บาท เป็นเงิน .....บาท

☐ เย็น อัตรามื้อละ.....บาท เป็นเงิน .....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท ตัวอักษร(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการประชุมครั้งนี้ ได้จ่ายค่าอาหารว่าง/เครื่องดื่ม และอาหารกลางวัน/เย็น ตามรายการดังกล่าวข้างต้นจริง

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองการจัดประชุม (เจ้าของเรื่อง)

(.....)

ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....