แบบ กท.2

แบบแสดงการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน โครงการที่ได้รับการอนุมัติจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครรังสิต

ว/ด/ป	ลำดับ	ชื่อ/สกุล	ที่อยู่	รายละเอียดการปฏิบัติงาน	จำนวนเงินที่รับ	ว/ด/ป ที่รับเงิน	ผู้รับเงิน

_____ ชุดเบิกจ่าย

_____ ชุดเบิกจ่าย

_____ ชุดเบิกจ่าย