

รายละเอียดประกอบรายการบัญชีที่สำคัญของงบทดลอง

ชื่อหน่วยเบิกจ่ายศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕..... รหัสหน่วยเบิกจ่าย๒๑๐๐๗๐๐๐๐๘.....
ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

(หน่วย : บาท)

๑. บัญชีเงินสดในมือ

ยอดคงเหลือของบัญชี ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ในระบบ GFMS ๐.๐๐

๒. บัญชีเงินฝากธนาคาร

ยอดเหลือของบัญชี ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ในระบบ GFMS

- บัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อนำส่งคลัง (๑๑๐๑๐๒๐๖๐๑) ๐.๐๐

ธนาคาร กรุงไทย สาขา ...ศาลากลางจังหวัด.....เลขที่.....

ชื่อบัญชี.....เพื่อการรับเงินอิเล็กทรอนิกส์

ธนาคาร กรุงไทย สาขา ...ศาลากลางจังหวัด.....เลขที่.....

ชื่อบัญชี.....เพื่อการรับเงิน EDC

- บัญชีเงินฝากธนาคาร (ในงบประมาณ) (๑๑๐๑๐๒๐๖๐๓) ๐.๐๐

ธนาคาร กรุงไทย สาขา ...ศาลากลางจังหวัด.....เลขที่.....๗๓๗๖๐๐๐๗๑๒.....

- บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ที่สถาบันการเงิน (๑๑๐๑๐๓๐๑๐๒) ๑๕,๐๑๑.๖๓

ธนาคาร กรุงไทย สาขา ...ศาลากลางจังหวัด.....เลขที่.....๗๓๗๐๑๔๘๘๕๘.....

๓. บัญชีเงินฝากคลัง

ยอดคงเหลือของบัญชี ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ในระบบ GFMS ๑๑๑,๙๒๓.๐๐

ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

- บัญชีเงินฝาก ๑๐๙๐๒ เงินประกันสัญญา ๑๑๑,๙๒๓.๐๐

หมายเหตุ ให้เปิดเผยสู่สาธารณะเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๓๐ วัน นับจากวันที่ส่งงบทดลองให้ สตง.

เช่น ลงWebsite หรือปิดประกาศในที่สาธารณะ

ผู้จัดทำ

ขอรับรองว่าถูกต้อง

(.....)

ตำแหน่ง.....
(นางสาวนิธนา ทนาควัต)
นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

(.....)

ตำแหน่ง.....
(นายศรีสกุล แสงประเสริฐ)
ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕