**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. คลองเปรม ศูนย์ต้นทุน 1600700016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจพ. กรุงเทพมหานคร ศูนย์ต้นทุน 1600700017**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจพ. ธนบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700018**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจพ. มีนบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700019**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสบ. กลาง ศูนย์ต้นทุน 1600700020**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสญ. กลาง ศูนย์ต้นทุน 1600700021**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสญ. ธนบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700022**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทส. โรงพยาบาลราชทัณฑ์ ศูนย์ต้นทุน 1600700023**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจพ. พัทยา ศูนย์ต้นทุน 1600700024**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. กำแพงเพชร ศูนย์ต้นทุน 1600700025**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. ขอนแก่น ศูนย์ต้นทุน 1600700026**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. เขาบิน ศูนย์ต้นทุน 1600700027**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. คลองไผ่ ศูนย์ต้นทุน 1600700028**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. ฉะเชิงเทรา ศูนย์ต้นทุน 1600700029**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. ชลบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700030**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. เชียงใหม่ ศูนย์ต้นทุน 1600700031**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. เชียงราย ศูนย์ต้นทุน 1600700032**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. นครราชสีมา ศูนย์ต้นทุน 1600700033**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. นครศรีธรรมราช ศูนย์ต้นทุน 1600700034**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. นครสวรรค์ ศูนย์ต้นทุน 1600700035**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. นครปฐม ศูนย์ต้นทุน 1600700036**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. บางขวาง ศูนย์ต้นทุน 1600700037**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. พระนครศรีอยุธยา ศูนย์ต้นทุน 1600700038**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. พัทลุง ศูนย์ต้นทุน 1600700039**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. พิษณุโลก ศูนย์ต้นทุน 1600700040**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. ยะลา ศูนย์ต้นทุน 1600700041**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. ราชบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700042**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. ระยอง ศูนย์ต้นทุน 1600700043**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. ลพบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700044**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. ลำปาง ศูนย์ต้นทุน 1600700045**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. สงขลา ศูนย์ต้นทุน 1600700046**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. สมุทรปราการ ศูนย์ต้นทุน 1600700047**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. สุราษฎร์ธานี ศูนย์ต้นทุน 1600700048**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. อุดรธานี ศูนย์ต้นทุน 1600700049**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. อุบลราชธานี ศูนย์ต้นทุน 1600700050**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสบ. ขอนแก่น ศูนย์ต้นทุน 1600700052**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสญ. นครราชสีมา ศูนย์ต้นทุน 1600700053**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสบ. จังหวัดปทุมธานี ศูนย์ต้นทุน 1600700054**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสบ. พระนครศรีอยุธยา ศูนย์ต้นทุน 1600700055**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสบ. หญิง ศูนย์ต้นทุน 1600700056**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสบ. ลำปาง ศูนย์ต้นทุน 1600700057**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสบ. สงขลา ศูนย์ต้นทุน 1600700058**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทส. เกษตรอุตสาหกรรมเขาพริก ศูนย์ต้นทุน 1600700059**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสป. ทุ่งเบญจา ศูนย์ต้นทุน 1600700061**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสป. บ้านนาวง ศูนย์ต้นทุน 1600700062**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสป. บ้านเนินสูง ศูนย์ต้นทุน 1600700063**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสป. หนองน้ำขุ่น ศูนย์ต้นทุน 1600700064**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสป. ห้วยโป่ง ศูนย์ต้นทุน 1600700065**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสว. กลาง ศูนย์ต้นทุน 1600700066**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสว. นครศรีธรรมราช ศูนย์ต้นทุน 1600700068**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสว. พระนครศรีอยุธยา ศูนย์ต้นทุน 1600700069**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสญ. ชลบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700070**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสญ. เชียงใหม่ ศูนย์ต้นทุน 1600700071**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสญ. สงขลา ศูนย์ต้นทุน 1600700072**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**สกข. จังหวัดตราด ศูนย์ต้นทุน 1600700074**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**สกข. ปทุมธานี ศูนย์ต้นทุน 1600700075**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. เพชรบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700076**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. เพชรบูรณ์ ศูนย์ต้นทุน 1600700077**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. เลย ศูนย์ต้นทุน 1600700078**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. แพร่ ศูนย์ต้นทุน 1600700079**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. แม่ฮ่องสอน ศูนย์ต้นทุน 1600700080**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. กระบี่ ศูนย์ต้นทุน 1600700081**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. กาญจนบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700082**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. กาฬสินธุ์ ศูนย์ต้นทุน 1600700083**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. จันทบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700084**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ชัยนาท ศูนย์ต้นทุน 1600700085**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ชัยภูมิ ศูนย์ต้นทุน 1600700086**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ชุมพร ศูนย์ต้นทุน 1600700087**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ตรัง ศูนย์ต้นทุน 1600700088**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ตราด ศูนย์ต้นทุน 1600700089**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. ตาก ศูนย์ต้นทุน 1600700090**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. นครนายก ศูนย์ต้นทุน 1600700091**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. นครพนม ศูนย์ต้นทุน 1600700092**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. นนทบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700093**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. นราธิวาส ศูนย์ต้นทุน 1600700094**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. น่าน ศูนย์ต้นทุน 1600700095**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. บุรีรัมย์ ศูนย์ต้นทุน 1600700096**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ปทุมธานี ศูนย์ต้นทุน 1600700097**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ประจวบคีรีขันธ์ ศูนย์ต้นทุน 1600700098**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ปราจีนบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700099**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. ปัตตานี ศูนย์ต้นทุน 1600700100**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. พระนครศรีอยุธยา ศูนย์ต้นทุน 1600700101**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. พะเยา ศูนย์ต้นทุน 1600700102**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. พังงา ศูนย์ต้นทุน 1600700103**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. พิจิตร ศูนย์ต้นทุน 1600700104**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. พิษณุโลก ศูนย์ต้นทุน 1600700105**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ภูเก็ต ศูนย์ต้นทุน 1600700106**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. มหาสารคาม ศูนย์ต้นทุน 1600700107**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. มุกดาหาร ศูนย์ต้นทุน 1600700108**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ยโสธร ศูนย์ต้นทุน 1600700109**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ร้อยเอ็ด ศูนย์ต้นทุน 1600700110**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ระนอง ศูนย์ต้นทุน 1600700111**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ลำพูน ศูนย์ต้นทุน 1600700112**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. ศรีสะเกษ ศูนย์ต้นทุน 1600700113**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. สกลนคร ศูนย์ต้นทุน 1600700114**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. สงขลา ศูนย์ต้นทุน 1600700115**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. สตูล ศูนย์ต้นทุน 1600700116**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. สมุทรสงคราม ศูนย์ต้นทุน 1600700117**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. สมุทรสาคร ศูนย์ต้นทุน 1600700118**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. สระแก้ว ศูนย์ต้นทุน 1600700119**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. สระบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700120**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. สิงห์บุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700121**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. สุโขทัย ศูนย์ต้นทุน 1600700122**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. สุพรรณบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700123**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจก. สุรินทร์ ศูนย์ต้นทุน 1600700124**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. หนองคาย ศูนย์ต้นทุน 1600700125**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. หนองบัวลำภู ศูนย์ต้นทุน 1600700126**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. อ่างทอง ศูนย์ต้นทุน 1600700127**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. อำนาจเจริญ ศูนย์ต้นทุน 1600700128**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. อุตรดิตถ์ ศูนย์ต้นทุน 1600700129**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจจ. อุทัยธานี ศูนย์ต้นทุน 1600700130**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. กบินทร์บุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700131**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. กันทรลักษ์ ศูนย์ต้นทุน 1600700132**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. ไชยา ศูนย์ต้นทุน 1600700133**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. ตะกั่วป่า ศูนย์ต้นทุน 1600700134**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. ทองผาภูมิ ศูนย์ต้นทุน 1600700135**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. ทุ่งสง ศูนย์ต้นทุน 1600700136**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. เทิง ศูนย์ต้นทุน 1600700137**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. ธัญบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700138**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. บัวใหญ่ ศูนย์ต้นทุน 1600700139**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. เบตง ศูนย์ต้นทุน 1600700141**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. ปากพนัง ศูนย์ต้นทุน 1600700142**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. ฝาง ศูนย์ต้นทุน 1600700143**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. พล ศูนย์ต้นทุน 1600700144**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. นางรอง ศูนย์ต้นทุน 1600700145**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. ภูเขียว ศูนย์ต้นทุน 1600700146**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. แม่สอด ศูนย์ต้นทุน 1600700147**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. แม่สะเรียง ศูนย์ต้นทุน 1600700148**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. รัตนบุรี ศูนย์ต้นทุน 1600700149**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. สวรรคโลก ศูนย์ต้นทุน 1600700150**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. สว่างแดนดิน ศูนย์ต้นทุน 1600700151**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. สีคิ้ว ศูนย์ต้นทุน 1600700152**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. หลังสวน ศูนย์ต้นทุน 1600700153**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. หล่มสัก ศูนย์ต้นทุน 1600700154**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ทสญ. พิษณุโลก ศูนย์ต้นทุน 1600700155**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. เกาะสมุย ศูนย์ต้นทุน 1600700162**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**สกข. ร้อยเอ็ด ศูนย์ต้นทุน 1600700163**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**สกข. นครศรีธรรมราช ศูนย์ต้นทุน 1600700164**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**สกข. ลำปาง ศูนย์ต้นทุน 1600700165**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. ชัยบาดาล ศูนย์ต้นทุน 1600700166**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. นาทวี ศูนย์ต้นทุน 1600700167**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**รจอ. บึงกาฬ ศูนย์ต้นทุน 1600700169**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**

**รายละเอียดการเบิกจ่ายค่าวัสดุอาหารผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563**

**ศูนย์ต้นทุน**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **ค่าข้าวสาร** | **ค่าอาหารดิบ** | **ค่าเชื้อเพลิง** | **รวมเบิกจ่าย** |
| ประจำเดือนกันยายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนตุลาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนธันวาคม 2562 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมกราคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมีนาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนเมษายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนพฤษภาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนมิถุนายน 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนกรกฎาคม 2563 |  |  |  |  |
| ประจำเดือนสิงหาคม 2563 |  |  |  |  |
| **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |  |

***รวมเบิกจ่ายทั้งสิ้น บาท***

***ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นรายจ่ายจริง***

**ลงชื่อ.....................................................**

**(.............................................................)**

**ผู้บัญชาการ/ผู้อำนวยการ**

**วันที่............เดือน...................พ.ศ. ..........**