

สรุปบัญชีการให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษา ปีการศึกษา.....

ของหน่วยงานบริการ.....สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล ผู้ให้บริการ	รหัสบริการ	ชื่อบริการ	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวน คูปอง (ใบ)	รวมเงิน (บาท)	การตรวจสอบ ของเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ	
							ถูก	ไม่ถูก
รวมทั้งสิ้น								

(.....จำนวนเงินเป็นตัวอักษร.....บาท)

.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ผู้บริหาร/ผู้แทนของหน่วยบริการ

วันที่...../...../.....

ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว
.....ผู้ตรวจสอบ
(.....)
เจ้าหน้าที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดตาก
วันที่...../...../.....