

ค่าตรวจสอบภาพข้าราชการครูในสังกัด สพม.นศ (ป่วยนอก)

ชื่อ - สกุล	จำนวนเงิน	เลขที่บัญชี	หมายเหตุ
โรงพยาบาลศิชล	39,660.00	XXXXXXXX3634	ค่าตรวจสอบภาพข้าราชการครูในสังกัด สพม.นศ (ป่วยนอก)