

## คำรักษาพยาบาล

ที่	ชื่อ - สกุล	จำนวนเงิน	เลขที่บัญชี	หมายเหตุ
1	โรงพยาบาลทหารผ่านศึก	99,100.00	XXXXXX3613	ค่าตรวจสุขภาพข้าราชการครูในสังกัด สพม.นศ (ป่วยนอก)