

รายละเอียดการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัคร (กรณีตรวจสอบน้ำในช่องปาก)
“โครงการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ร่วมกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย”
จังหวัด.....

ลำดับ	ว/ด/ป	สติ๊กเกอร์อาสาสมัคร	จำนวน	ลายนิ้วมือ/ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
1			<input type="checkbox"/> 150 บาท		
2			<input type="checkbox"/> 150 บาท		
3			<input type="checkbox"/> 150 บาท		
4			<input type="checkbox"/> 150 บาท		
5			<input type="checkbox"/> 150 บาท		
6			<input type="checkbox"/> 150 บาท		
7			<input type="checkbox"/> 150 บาท		
8			<input type="checkbox"/> 150 บาท		
9			<input type="checkbox"/> 150 บาท		
10			<input type="checkbox"/> 150 บาท		
11			<input type="checkbox"/> 150 บาท		
12			<input type="checkbox"/> 150 บาท		

รวมเป็นเงิน จำนวน..... บาท (.....)

ลงนาม.....: ผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....: