

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตำบล/แขวง _____

อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

ได้รับเงินจาก _____ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี _____ ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าตอบแทนอาสาสมัครโครงการวิจัย เรื่อง “การประเมิน การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบ กาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี”	00.00
ส่วนที่ 1 ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถและความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมของผู้บำบัด (วันที่...../...../.....)	
ส่วนที่ 2 ตอบแบบสำรวจการบำบัดในระยะแรก(รูปแบบของคลินิก) (วันที่...../...../.....)	
ส่วนที่ 3 ตอบแบบสำรวจระหว่างรับการบำบัด (วันที่...../...../.....)	
ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับทักษะเบื้องต้นในการเลิกยาและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (วันที่...../...../.....)	
ส่วนที่ 5 แบบสอบและแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนำความรู้จากการเข้าร่วมโครงการไปใช้ในชีวิตประจำวัน (วันที่...../...../.....)	
ส่วนที่ 6 ตอบแบบสอบถามข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัว (วันที่...../...../.....)	
ส่วนที่ 7 ตอบแบบสำรวจความพึงพอใจ (วันที่...../...../.....)	
ส่วนที่ 8 ตอบแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดสารเสพติด 68 ข้อ (วันที่...../...../.....)	
ส่วนที่ 9 การเข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse prevention skills : RP) (วันที่...../...../.....)	
ส่วนที่ 10 การเข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น (Early recovery skill group : ER) (วันที่...../...../.....)	
ส่วนที่ 11 การให้การปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว (Individual/Conjoint Sessions) (วันที่...../...../.....)	
ส่วนที่ 12 กลุ่มครอบครัวบำบัด (Family education group : FE) (วันที่...../...../.....)	
รวมเงิน	00.00

(ตัวอักษร)

(.....)

ผู้รับเงิน

(.....)

ผู้จ่ายเงิน