 **บันทึกข้อความ**

**มาตรฐาน สสจ.พิจิตร**

**เลขทะเบียน**  **พจ ๐๐๓ .๑**

**วันเริ่มใช้ ๑๙ ส.ค.๒๕๕๖ ผู้รับรอง**

**ส่วนราชการ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงาน.................................. โทร.๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๔

**ที่** พจ ๐๐๓๒. **วันที่**

**เรื่อง** ขอความเห็นชอบในการจัดทำโครงการ

**เรียน** นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ด้วยกลุ่มงาน…………………………………………………….……….…............มีความประสงค์ที่จะจัดทำโครงการ

…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………..……

เหตุผลความจำเป็น……………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

จำนวนงบประมาณ…………………..…………บาท จากแหล่งงบประมาณ………………………………………………………………:...

ซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณในหมวดรายจ่าย ดังนี้

๑.ค่าตอบแทน(ระบุ)…………………………………………………………………………………………จำนวน…………………………..บาท

๒.ค่าใช้สอย(ระบุ)……………………………………………………………………………………………..จำนวน…………………………..บาท

๓.ค่าวัสดุ(ระบุ)…………………………………………………………………………………………………จำนวน…………………………..บาท

๔.อื่น ๆ (ระบุ)…………………………………………………………………………………………………..จำนวน…………………………..บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น………………………………..บาท (…………………………………………………………………………)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบจักได้ดำเนินการต่อไป

…………………………………………..

(………………………………………….)

ตำแหน่ง........................................................

**ความเห็นของ CFO สสจ.พิจิตร**

**ตรวจสอบแล้วมีแหล่งงบประมาณ...........  
เห็นควรให้ดำเนินงานตามที่เสนอ**

……………………………………………….

(....................................................)

**ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน**  **เห็นชอบตามเสนอ**

……………………………………………

(…………………………………………….)

**ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งการ**

**เห็นชอบตามเสนอ**

……………………………………………….

(....................................................)

**ความเห็นของรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด**

**เห็นชอบตามเสนอ**

……………………………………………….

(....................................................)