

มาตรฐาน สสจ.พิจิตร

เลขทะเบียน พจ 010.1

วันเริ่มใช้ 3 มี.ค.2557

ผู้รับรอง

**บันทึกข้อความ**

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

**ที่** พจ ๐๐๓๒. /  **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุญาตไปราชการ

**เรียน**  ผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร

ด้วยข้าพเจ้า…………………………………………………ตำแหน่ง......................................…………………………………

พร้อมด้วย................................................................………………………………….………………………………………………………………......

ประสงค์จะขอไปราชการ/อบรม.................................…..............................................................................................................

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

กรณีไปอบรมครั้งนี้เป็นครั้งที่........................หน่วยผู้จัด..........………………………….......................……………………………....

สถานที่………………........………..…………................................................………………………….......................……………………………....

ระหว่างวันที่………………........…....…. ถึงวันที่....................................... โดยจะออกเดินทางในวันที่...............................................

เวลา................... น.และกลับมาปฏิบัติงานดังเดิมในวันที่....................................................................จำนวน...........วัน

ในการไปราชการครั้งนี้ ขออนุมัติเดินทางและเบิกค่าใช้จ่าย ดังนี้

**1.การเดินทาง** (…....) รถยนต์โดยสารประจำทาง (…....) รถไฟ (......) เครื่องบิน

(…....) รถยนต์ส่วนตัว หมายเลขทะเบียน............................................................................................

(…....) รถยนต์ของทางราชการ หมายเลขทะเบียน.............................................................................

โดยมี.....................................................................................................เป็นพนักงานขับรถยนต์

**2.ที่พัก** (…....) จ่ายจริง (ตามสิทธิ์) (…....) เหมาจ่าย

**3.งบประมาณค่าใช้จ่าย** (…....) ไม่ขอเบิกค่าใช้จ่ายใด ๆ แต่ไม่ถือเป็นวันลา

(…....) เบิกจากผู้จัด ...... ทั้งหมด ………บางส่วน ระบุ.......................................................

(…....) ใช้เงินต้นสังกัด - ค่าเบี้ยเลี้ยง......................................................................บาท

- ค่าที่พัก..........................................บาท- ค่าพาหนะ...................................บาท - ค่าลงทะเบียน...............................บาท

รวมเป็นเงินจากต้นสังกัด...........................................บาท.......................................................................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

**ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน** ...............................................ผู้ขออนุญาต

**เห็นควรอนุญาต** (....................................................)

.............................................................. **ความเห็นของรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด**

.............................................................. **เห็นควรอนุญาต**

**ความเห็นของผู้รับผิดชอบแหล่งงบประมาณ**

แหล่งงบประมาณ........................................................ .......................................................................

ยอดจัดสรร..........................ยอดคงเหลือ..................... ......................................................................

ยอดใช้จ่ายในครั้งนี้..................................................... **ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งการ**

....................................................................... **อนุญาต**