

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**