

มาตรฐาน สสจ.พิจิตร

เลขทะเบียน พจ 007.2

วันเริ่มใช้ 3 มี.ค.2557

ผู้รับรอง

 **บันทึกข้อความ**

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

**ที่** พจ ๐๐๓๒. / **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน…………………………………………………………………………………….

**เรียน** นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

 ตามที่จังหวัดพิจิตร ได้อนุมัติให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โดยกลุ่มงาน…................................ ดำเนินการ**ตามโครงการ/แผนงาน** …………………………………………….............................................................................รหัสโครงการ……….……………………………ในระหว่างวันที่….…..……………………….…..ถึงวันที่………....……………….............สถานที่………………………………………….... เขต/อำเภอ……………………………....………จังหวัด……………………………………….

ซึ่งได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วและประสงค์จะขอเบิกค่าใช้จ่ายจากเงิน........…………………............................................... รหัสงบประมาณ…………………………………............... ดังรายการต่อไปนี้

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

๒.ค่าใช้สอย-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม/ค่าอาหารกลางวัน...............……………………..จำนวน…………………………..บาท

 -ค่าอาหารกลางวัน...............……………………................................................จำนวน…………………………..บาท

 -ค่าที่พัก.......................................................................................................จำนวน................................บาท

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

 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น…………………………….บาท(…………………………………………………) โดยขอส่งหลักฐานใบสำคัญจ่ายในการดำเนินงานต**ามโครงการฯ /แผนงานฯ /นอกแผนงาน**ฯจำนวน………..ฉบับ ดังรายละเอียดแนบ

 **กรณีขอยืมเงิน** ในการดำเนินงานตามโ**ครงการฯ/แผนงานฯ/นอกแผนงานฯ** ดังกล่าว ได้ขอยืมเงินจาก สสจ.พิจิตร โดยมอบหมายให้…………………………………………………….เป็นผู้ยืมเงิน จำนวน…………………………..บาท

(………………………………………………..)ตามสัญญายืมเลขที่……………………………ลงวันที่……………………..……………จึงขอส่งใช้เอกสารข้างต้นคืนแทนตัวเงิน และเงินสดคงเหลือ(ถ้ามี) จำนวน………….….บาท (……………………………….………………)

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

**ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน** ………………………………….. …………………………………..

 เห็นชอบตามเสนอ (………………………………….) (…………………………………….)

 ……………………………………….. ผู้ยืมเงิน ผู้รับผิดชอบโครงการ

(…………………………….…………) **ความเห็นของรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด**

**ความเห็นของงานการเงินและบัญชี** เห็นชอบตามเสนอ

ตรวจสอบแล้วถูกต้องเห็นสมควรอนุมัติให้เบิกจ่ายเงิน ……………………………………..

หมวด................................งบ.................... จำนวน……………...........บาท (…………………………………….)

……….………………………………. ………………………………………  **ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งจ่าย**

(…………………………………..) (…………………………………….)  **อนุมัติ**

หัวหน้างานการเงินและบัญชี หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

**ข้อมูลจากโปรแกรมคุมงบประมาณ**