

มาตรฐาน สสจ.พิจิตร

เลขทะเบียน พจ 004.1

วันเริ่มใช้ 3 มี.ค.2557

ผู้รับรอง

 **บันทึกข้อความ**

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

**ที่** พจ ๐๐๓๒. **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติเปลี่ยนแปลงรายการดำเนินงานตามโครงการ

**เรียน** นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

 ตามที่กลุ่มงาน………………………………………………...................................ได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการ(ชื่อ/เรื่อง)……………………………………………………………………………………………รหัสโครงการ……………….…………………….

ระหว่างวันที่………………………..……………ถึงวันที่………………………………………….สถานที่…………………………………………..

………………………………………….. แหล่งงบประมาณ………………………………………….รหัสงบประมาณ………...………………. จำนวนเงิน………………………………..บาท(………………………………………………………..)

ซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณในหมวดรายจ่าย ดังนี้

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

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

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

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

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

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

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

 มีความประสงค์จะขอเปลี่ยนแปลงรายการดังต่อไปนี้

๑…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

๒…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ดังรายละเอียดโครงการที่แนบมาพร้อมนี้

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

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

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

 …………………………………… ผู้รับผิดชอบโครงการ

 (……………………………………) **ความเห็นของรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวั**ด

**ความเห็นของงานการเงินและบัญชี เห็นชอบตามเสนอ**

ตรวจสอบแล้วเห็นว่ารายการที่เปลี่ยนแปลง  ………………………………………..

อยู่ภายในวงเงินเดิมที่ได้อนุมัติโครงการดังกล่าวไว้ (…………………………………………)

สมควรอนุมัติให้ดำเนินการได้ **ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งการ**

………………………………….  **อนุมัติ**

 (……………………………………)