



บันทึกข้อความ

มาตรฐาน สสจ.พิจิตร	
เลขทะเบียน	พจ ๐๐๔.๑
วันเริ่มใช้	๓ มี.ค.๒๕๕๗
ผู้รับรอง	

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.ค่าใช้จ่าย- 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

.....

(.....)

ความเห็นของงานการเงินและบัญชี

ตรวจสอบแล้วเห็นว่ารายการที่เปลี่ยนแปลง

อยู่ภายในวงเงินเดิมที่ได้อนุมัติโครงการดังกล่าวไว้

สมควรอนุมัติให้ดำเนินการได้

.....

(.....)

.....

(.....)

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ความเห็นของรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

เห็นชอบตามเสนอ

.....

(.....)

ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งการ

อนุมัติ