



บันทึกข้อความ

มาตรฐาน สสจ.พิจิตร	
เลขทะเบียน	พจ ๐๐๗.๒
วันเริ่มใช้	๓ มี.ค.๒๕๕๗
ผู้รับรอง	

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

ที่ พจ ๐๐๓๒. / วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ตามที่จังหวัดพิจิตร ได้อนุมัติให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โดยกลุ่มงาน.....

ดำเนินการตามโครงการ/แผนงาน

รหัสโครงการ.....ในระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

สถานที่.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ซึ่งได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วและประสงค์จะขอเบิกค่าใช้จ่ายจากเงิน.....

รหัสงบประมาณ..... ดังรายการต่อไปนี้

๑.ค่าตอบแทน(ระบุ).....จำนวน.....บาท

๒.ค่าใช้จ่าย-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม/ค่าอาหารกลางวัน.....จำนวน.....บาท

-ค่าอาหารกลางวัน.....จำนวน.....บาท

-ค่าที่พัก.....จำนวน.....บาท

๓.อื่น ๆ (ระบุ).....จำนวน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท(.....) โดยขอส่งหลักฐานใบสำคัญจ่าย

ในการดำเนินงานตามโครงการฯ /แผนงานฯ /นอกแผนงานฯจำนวน.....ฉบับ ดังรายละเอียดแนบ

กรณีขอยืมเงิน ในการดำเนินงานตามโครงการฯ/แผนงานฯ/นอกแผนงานฯ ดังกล่าว ได้ขอยืมเงิน

จาก สสจ.พิจิตร โดยมอบหมายให้.....เป็นผู้ยืมเงิน จำนวน.....บาท

(.....)ตามสัญญาขยืมเลขที่.....ลงวันที่.....จึงขอส่ง

ใช้เอกสารข้างต้นคืนแทนตัวเงิน และเงินสดคงเหลือ(ถ้ามี) จำนวน.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน

เห็นชอบตามเสนอ (.....) (.....)

..... ผู้ยืมเงิน ผู้รับผิดชอบโครงการ

(.....) ความเห็นของรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ความเห็นของงานการเงินและบัญชี เห็นชอบตามเสนอ

ตรวจสอบแล้วถูกต้องเห็นสมควรอนุมัติให้เบิกจ่ายเงิน

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

..... ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งจ่าย

(.....) (.....) อนุมัติ

หัวหน้างานการเงินและบัญชี หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป