มาตรฐาน สสจ.พิจิตร	
เลขทะเบียน	พจ ๐๑๓
วันเริ่มใช้	๑๙ ส.ค.๒๕๕๖
ผู้รับรอง	

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โทร 0 5699 0354

ที่ พจ 0032. **วันที่**

เรื่อง ขออนุมัติปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ด้วย กลุ่มงาน..... มีความประสงค์ขออนุมัติให้เจ้าหน้าที่ภายในกลุ่มงาน ฯ ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ **ภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร** เนื่องจาก.....

.....

.....จำนวน.....ราย ดังนี้

ที่	ชื่อ -สกุล	ตำแหน่ง	ว/ด/ป	เวลา	หมายเหตุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

ความเห็นของงานการเงินและบัญชี/กลุ่มงานบริหารทั่วไป

-ตรวจสอบแล้วการขออนุมัติเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ พ.ศ. 2550 และจะใช้งบประมาณเพื่อการดังกล่าว จำนวนเงิน โดยประมาณ.....บาท เห็นสมควรอนุมัติให้เบิกจ่ายจากเงิน

(.....) เงินงบประมาณ (.....)เงินนอกงบประมาณ

( )เงินบำรุง ( )เงินแรงงานต่างด้าว ( ) EMS

( )เงินUCบัญชี 6 ( )เงินUCบัญชี 7 (ค่าบริหารจัดการ)

รหัสงบประมาณ.....รหัสโครงการ.....

รหัสสั่งจ่าย.....

....

(.....) (.....)

หัวหน้างานการเงินและบัญชี หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

ความเห็นของรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

เห็นชอบตามเสนอ

.....

(.....)

<u>ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งการ</u>

-อนุมัติ