

รายชื่อผู้เข้าอบรมกิจกรรมโรงเรียน พ่อแม่ หลักสูตร 1

วันที่ 21 สิงหาคม 2560 สถานที่ ห้องประชุม 2 รพ. หาดใหญ่

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	เบอร์โทร
1.	นางธนดิษดา รุ่งวัฒนดี	52 ม.16 ต.อนนทชน	ธนดิษดา	083-1861204
2	นายวิฑูรย์ ภูวอนดี	←-----→	วิฑูรย์	081-8992464
3.	น.ศ. อัสวีญา วัฒน	59 ม.9 ต.อนนทชน	อัสวีญา	089-2692836
4.	นายฉัตร ชุฬฉัตร	59 ม.9 ต.อนนทชน	ฉัตร	089-9986564
5	น.ศ. อธิษฐ์ วิเศษกลิ่น	57 ม.9 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	085-0792278
6	นาย ช่างคำ คำดี	57 ม.9 ต.อนนทชน	ช่างคำ	086-0792278
7	น.ศ. อธิษฐ์ คำคำ	91 ม.9 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	0935131980
8	นาย ช่างคำ คำคำ	91 ม.9 ต.อนนทชน	ช่างคำ	0935131980
9	นาย อธิษฐ์ คำคำ	155 ม.9 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	063-522-82001
10	น.ศ. อธิษฐ์ คำคำ	115 ม.10 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	081-7327505
11	นาย อธิษฐ์ คำคำ	115 ม.10 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	062-4910600
12	นาง อธิษฐ์ คำคำ	95 ม.9 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	093-6199160
13	นาง อธิษฐ์ คำคำ	95 ม.9 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	093-6225311
14	นาย อธิษฐ์ คำคำ	115 ม.9 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	086-9693898
15	นาย อธิษฐ์ คำคำ	115 ม.9 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	088-9693898
16	น.ศ. อธิษฐ์ คำคำ	200 ม.5 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	095-0200334
17	น.ศ. อธิษฐ์ คำคำ	209 ม.9 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	0699996601
18	น.ศ. อธิษฐ์ คำคำ	7 ม.5 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	040-7055561
19	น.ศ. อธิษฐ์ คำคำ	44 ม.6 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	0864914952
20	นาย อธิษฐ์ คำคำ	77 ม.6 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	0994532705
21	นาย อธิษฐ์ คำคำ	94 ม.6 ต.อนนทชน	อธิษฐ์	090-2458925

รายชื่อผู้เข้าอบรมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ หลักสูตร 1

วันที่ ๒1 สิงหาคม 25๖๐ สถานที่ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๓๓๖ โถง

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	เบอร์โทร
๒๘	เกออร์ท กรือเอ	222 อ. 5๐๓.ถนนพหลโยธิน	เกออร์ท	๐๘๗-๘๖๖๗๘๔2
๒๓	น.ส.จิตติมาพร เกตุทองเกษม	164 อ.1๑ อ.สุรนารี	จิตติมาพร	๐๗๘-๐34๐13๔
๒4	น.ส. รัตนา ฟูมาศกุล	๖4 อ.1 อ.เทศบาล๓๐	รัตนา	๐๑๖-๐๘5๖2๐๗
๒5	น.ส. นภาพร อธิวัตร งามะกุล	134 อ.1 อ.วังใหม่	นภาพร อธิวัตร	๐65-๐110๘47
๒๖	น.ส. สิริภา อภิบาลธรรม	๒14 อ.๑1 อ.เทศบาล๓๖	สิริภา	๐๖๕-๑๖๒๕๐61
๒7	น.ส. ปรนัย วัฒนวงศ์	1๒7 อ.7 อ.ท่าโพธิ์	ปรนัย	๐๗๔-๗๐8๐43๗
๒8	น.ส. นันทนา นิมิตต์	3๑ อ.๓ อ.เทศบาล๓๖	นันทนา นิมิตต์	๐๑๕๐๔๐๐54๒
๒9	น.ส. อธิษฐ์ อธิษฐ์	๒๒2 อ.๓ อ.สุรนารี	อธิษฐ์	๐๘๔4812883
๓๐	น.ส.อรวิภา อภิบาล	1๘5/1๕ อ.๔ อ.เทศบาล๓๖	อรวิภา	๐๑๕๔๖62๔๑1
๓1	น.ส.อรวิภา อภิบาล	๒11 อ.๓ อ.สุรนารี	อรวิภา	
๓2	น.ส. นพรัตน์ อภิบาล	43-10-๒๐1๓๖	นพรัตน์	๐๔๔-1๑8๑๑25
๓3	น.ส.อรวิภา อภิบาล	4๑-10-๑๐1๓๖	อรวิภา	
๓4	น.ส.อรวิภา อภิบาล	15๔-7-๑๐1๓๖		๐6๑๐5๑8180.
๓5	น.ส. นพรัตน์ อภิบาล	10-๑๐-๑๐1๓๖	นพรัตน์	๐64-26๒6๒1๐
๓6	น.ส. นพรัตน์ อภิบาล	๑๖ อ.๒ อ.เทศบาล๓๖	นพรัตน์	๐๑2-๐๖๐68๐1
๓7	น.ส. นพรัตน์ อภิบาล	1๐๒ อ.1๐ อ.เทศบาล๓๖	นพรัตน์	๐๑๑๗๑5๔๑73
๓8	น.ส. นพรัตน์ อภิบาล	7๓-5 ถนนสีลม	นพรัตน์	๐8๐-๗๐55561
๓9	น.ส. นพรัตน์ อภิบาล	๑๑๒ อ.๑ อ.อ.๑	นพรัตน์	๐๘๗-5๐526๑๒
4๐	น.ส. นพรัตน์ อภิบาล	2๐๐ อ.5 อ.เทศบาล๓๖	นพรัตน์	๐6๒-22๑2๒๑๗
41	น.ส. นพรัตน์ อภิบาล	1๕1 อ.1 อ.เทศบาล๓๖	นพรัตน์	๐๑5-๒๑4๑๑5๐
42	น.ส. นพรัตน์ อภิบาล	1๒๒ อ.1 อ.เทศบาล๓๖	นพรัตน์	๐๑6-๐๘๖๑๑๐๑

รายชื่อผู้เข้าอบรมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ หลักสูตร 2

วันที่ 18 สิงหาคม 2560 สถานที่ ห้องประชุม 2 รพ.ขอนแก่น

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	เบอร์โทร
1	น.ส. ณัฐริดา อุดขุน	158-6-สวนสอาด	ณัฐริดา อุดขุน	091-3402382
2	น.ส. วิภาดา อุดขุน	21-886-ขอนแก่น	วิภาดา อุดขุน	096-2445145
3	น.ส. เสรีวรรณ อุดขุน	109 อ. 1 ต. ไร่ขิง	เสรีวรรณ	083-3970493
4	น.ส. ศุภรณี อุดขุน	20 อ. 9 บ้านต้อ	ศุภรณี อุดขุน	0850787550
5	น.ส. อรุณา อุดขุน	214-9-บ้านต้อ	อรุณี อุดขุน	
6	น.ส. อรุณี อุดขุน	214-9-บ้านต้อ	อรุณี อุดขุน	042-9692061
7	น.ส. อรุณี อุดขุน	214-9-บ้านต้อ	อรุณี อุดขุน	096-2080434
8	น.ส. นันท์ เกตุวณิช	224 อ. 5	นันท์ เกตุวณิช	
9	น.ส. อารีย์ อุดขุน	224 อ. 5	อารีย์ เกตุวณิช	
10	น.ส. อารีย์ อุดขุน	31 อ. 7 บ้านต้อ	อารีย์	093-9645532
11	น.ส. อารีย์ อุดขุน	31 อ. 7 บ้านต้อ	อารีย์	
12	น.ส. อารีย์ อุดขุน	9 อ. 5 บ้านต้อ	อารีย์	084-9140989
13	น.ส. อารีย์ อุดขุน	70 อ. 4 ต. บ้านต้อ	อารีย์	082-412677
14	น.ส. อารีย์ อุดขุน	45 อ. 7 บ้านต้อ	อารีย์	093-6199660
15	น.ส. อารีย์ อุดขุน	164 อ. 9 บ้านต้อ	อารีย์	088 034 0139
16	น.ส. อารีย์ อุดขุน	157 อ. 1 ต. บ้านต้อ	อารีย์	096-50499150
17	น.ส. อารีย์ อุดขุน	124 อ. 5 บ้านต้อ	อารีย์	080-5756246
18	น.ส. อารีย์ อุดขุน	11 อ. 10 ต. บ้านต้อ	อารีย์	095-6519036
19	น.ส. อารีย์ อุดขุน	95 อ. 4 ต. บ้านต้อ	อารีย์	0 89-4959206
20	น.ส. อารีย์ อุดขุน	309 อ. 4 ต. บ้านต้อ	อารีย์	099-0048435

รายชื่อผู้ร่วมกิจกรรม การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ
โรงพยาบาลความดัน ตำบลความตอ อำเภอความดัน จังหวัดสตูล

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุครรภ์	ที่อยู่	ลายเซ็น
1	นางสาว อ. ชัยเชษฐ์ ไชยรัตน์	39	หมู่ 5 ต.ฉนวนม่วง	อ. ชัยเชษฐ์
2	นางกัญญาภา อภิสิทธิ์กุล	37	หมู่ 1 ต. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	กัญญาภา
3	นางอเล็ก อภิธนา อภิสิทธิ์	37	หมู่ 10 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
A	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	22	หมู่ 5 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
5	นางสาว อ. อ. อ. อ. อ. อ.	33	หมู่ 1 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
6	นางสาว อ. อ. อ. อ. อ. อ.	32	หมู่ 1 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
7	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	34	หมู่ 5 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
8	นางสาว อ. อ. อ. อ. อ. อ.	20	หมู่ 10 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
9	นางสาว อ. อ. อ. อ. อ. อ.	39	หมู่ 1-5 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
10	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	39	หมู่ 2.5 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
11	นางสาว อ. อ. อ. อ. อ. อ.	22	หมู่ 6 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
12	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	28	หมู่ 8 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
13	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	22	หมู่ 5-10 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
14	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	32	หมู่ 11- ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
15	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	32	หมู่ 2- ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
16	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	32	หมู่ 6 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
17	นางสาว อ. อ. อ. อ. อ. อ.	35	หมู่ 1- ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
18	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	24	หมู่ 7 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
19	นางสาว อ. อ. อ. อ. อ. อ.	28	หมู่ 1 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.
20	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	20	หมู่ 8 ต. อ. อ. อ. อ. อ.	อ. อ. อ.



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลความดัน อำเภอความดัน จังหวัดสตูล โทร 074-795126

ที่ สด 0032.301 / - ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการ จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เรียน ผู้อำนวยการจังหวัดสตูล

ด้วยโรงพยาบาลความดัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีความจำเป็นต้องซื้อป้ายโฆษณาบริการของ
ฝ่ายงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลความดัน ซึ่งมีรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			ราคาซื้อ หลังสุด ต่อหน่วย	เหตุผลความเป็น
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	ป้ายประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ชุด	4	400.00	1,600.00	ราคาตลาด
2	อย่างมีคุณภาพ และค่าติดตั้งขนาด 2*1.5 ม.	-	-	-	-	-
3	- เรื่องฝากครรภ์รื้อก่อน 12 สัปดาห์	-	-	-	-	-
4	- ภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์	-	-	-	-	-
5	- เรื่องฝากครรภ์คุณภาพแนวใหม่	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-

กำหนดเวลาที่จำเป็นต้องใช้พัสดุ หรือ ใช้งานแล้วเสร็จภายในกำหนด 60 วัน ขออนุมัติดำเนินการจัดซื้อ

หรือจ้างตามรายการข้างต้น เนื่องจากการซื้อหรือจ้างครั้งนี้ราคาไม่เกิน 100,000 บาท จึงขอคืนเงินการโดยวิธีตกลงราคา

พาสติ กราฟิค ซีเอ็น เลขที่ 38/2 หมู่ที่ 5 ถนน ยมตรการภิรตร โดยซื้อหรือจัดจ้างจาก

ตำบล ย่านซ้อ อำเภอ ความดัน จังหวัด สตูล ถนน และขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

งบดำเนินงาน เงินบำรุงฯ / เงินกองงบประมาณโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ความดัน พ.ศ. 2560 หมายเหตุจ่าย
ประเภทวัสดุ ค่าใช้จ่ายโครงการ ประเภทวัสดุ เป็นเงิน 1,600.00 บาท

และขออนุมัติแต่งตั้งกรมการตรวจติดตามระเบียบสำนักงานกฤษฎีกาว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 ข้อ 34(6) และข้อ 35
วรรคสุดท้าย ประกอบด้วย

1. นางสาวอาชิติน ติမ်สตูล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปรระชาณกรรณการ

2. - ตำแหน่ง - กรรณการ

3. - ตำแหน่ง - กรรณการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ ลงชื่อ _____ เข้าหน้าพัสดุ

นางสาวปาริชาติ มะฮูน

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เรียน ผู้อำนวยการจังหวัดสตูล ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ

อนุมัติ

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

(นายสุพล เจริญฤทัย)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความดัน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้อำนวยการจังหวัดสตูล

แบบบันทึกตกลงซื้อขายหรือจ้างเหมา

วันที่ 22-มิ.ย.-60

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่

38/2

หมู่ที่ 5

ข้าพเจ้า พลตรี กราฟิก ศิษย์

อำเภอ วัฒนโคมน

จังหวัด สุโขทัย

ถนน ынตรการกำธร

ตำบล ย่านซื่อ

โทร 074-795064

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

1919900085604

ขอเสนอราคา

ค่าใช้จ่ายโครงการ

รวมทั้งค่า ภาษีในใบกำกับ 60 วัน นับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ/จ้าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			หมายเหตุ
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย	
1	ป้ายประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพ	ชุด	4	400.00	1,600.00
2	อย่างมีคุณภาพ และกำลังติดตั้ง ขนาด 2*1.5 ม.	-	-	-	-
3	- เรื่องฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์	-	-	-	-
4	- ภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์	-	-	-	-
5	- เรื่องฝากครรภ์คุณภาพแนวใหม่	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-
รวมทั้งสิ้น					1,600.00

รวม 1 รายการ เป็นเงิน 1,600.00 บาท (เงินหนึ่งพันหกร้อยบาทถ้วน)

ราคาที่เสนอ จ้าง ให้แก่โรงพยาบาลวัฒน ข้าพเจ้าจะยื่นราคาอยู่ภายในกำหนด 0 วัน

(ลงชื่อ)

(พลตรี กราฟิก ศิษย์)

ผู้ขาย/รับจ้าง

ผู้จัดการ

(ลงชื่อ)



ผู้ตกลงราคา

นางสาวปาริชาติ มะฮูน

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ใบสั่งซื้อ/จ้าง

เลขที่ A51 / 2560

วันที่ 22-มิ.ย.-60

เรียน

ฟลคักรากคิไซชนั

โรงพยาบาลความโคณ อำเภอความโคณ จังหวัดศตุล ขอซื้อ/จ้างตามรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน
1	ป้ายประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ชุด	4	400.00	1,600.00
2	อย่างมีคุณภาพ และค่าติดตั้ง ขนาด 2*1.5 ม	-	-	-	-
3	-เรื่องฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์	-	-	-	-
4	-ภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์	-	-	-	-
5	-เรื่องฝากครรภ์คุณภาพแนวใหม่	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-
รวมเป็นเงิน					1,600.00

การสั่งซื้อ/จ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน 60 วัน นับถัดจากวันที่ผู้ขาย/ผู้รับจ้างได้รับใบสั่ง
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลความโคณ อำเภอความโคณ จังหวัดศตุล
- ระยะเวลาประกัน - เดือน
- สงวนสิทธิ์ค่าประกันส่งมอบสินค้าเป็นเวลาโดยคิดค่าปรับเป็นรายวันดังนี้
ซื้อในอัตราร้อยละ .20 ของราคาพัสดุที่ยังไม่ได้รับมอบ
จ้างในอัตราร้อยละ 0.10 ของราคางานจ้างนับแต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ 100 บาท

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ

(ฟลคักรากคิไซชนั)

ผู้รับใบสั่ง

ใบตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง

เขียนที่ โรงพยาบาลควนโดน อ.ควนโดน จ.หวัดสตูล

วันที่ 21 สิงหาคม 2560

เรื่อง การตรวจรับพัสดุ
เรียน ผู้ว่าการการจังหวัดสตูล

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

จัดจ้างทำขีบประชาสัมพันธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์

ตามบันทึกลงวันที่

22-มิ.ย.-60

ซึ่งได้ทำการตรวจรับตามใบสั่งซื้อ/จ้าง เลขที่

451 / 2560 ลงวันที่

22-มิ.ย.-60

จากสำเนา

พัสดุที่กรทิก คีไซน์

ตามใบส่งของเลขที่

013/0634

ตั้งรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน
1	ปีงบประมาณสัมพันธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์	ชุด	4	400.00	1,600.00
2	อย่างมีคุณภาพ และค่าติดตั้ง ขนาด 2*1.5 ม.	-	-	-	-
3	- เรื่องฝึกครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์	-	-	-	-
4	- ภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์	-	-	-	-
5	- เรื่องฝากครรภ์คุณภาพแนวใหม่	-	-	-	-
6		-	-	-	-
7		-	-	-	-
8		-	-	-	-
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-

คณะกรรมการได้รับเป็นรายการถูกต้อง และตรงตามรายการ เมื่อวันที่

21 สิงหาคม 2560

(ตัวอักษร)

ค่าใช้จ่ายโครงการ

เป็นเงินทั้งสิ้น

1,600.00 บาท

(เงินหนึ่งพันหกร้อยบาทถ้วน)

ให้แก่ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ได้

ลงชื่อ



ประธานกรรมการ

ข้าพเจ้า นางสาวปาริชาติ มะฮูน ได้รับพัสดุ

(นางสาวปาริชาติ มะฮูน)

จำนวน 1 รายการ จากคณะกรรมการ

ลงชื่อ

กรรมการ

ผู้เรียบร้อยแล้ว

(0)

ลงชื่อ  เจ้าหน้าที่พัสดุ

ลงชื่อ

กรรมการ

วันที่ 21 สิงหาคม 2560

(0)

แบบแสดงความรู้สึกรู้สึกในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิถีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าพัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจการจ้าง

ข้าพเจ้านางภาณุ ณันดา..... (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้านางสาวปาริฉัตร งามคุณ..... (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้านางสาวอรุณรัตน์ ภาณุพงษ์..... (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามาจับคู่สัมพัทธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ข้อมูลที่ตรงต่อข้อเท็จจริงทุกประการ มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงานต้นต้นการ จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2559

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามาจับคู่สัมพัทธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....  ลงนาม..... 
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ) (เจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม.....  ลงนาม.....
(คณะกรรมการตรวจการจ้าง/ผู้ตรวจรับ) (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

ลงนาม.....
(คณะกรรมการตรวจการจ้าง)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลความโคณ อำเภอกวนโคณ จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

ที่ สค 0032.301 / ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2560

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ตามบันทึกข้อความ โรงพยาบาลความโคณ ที่ สค 0027/ ลงวันที่ 22-มิ.ย.-60

ได้แต่งตั้งข้าพเจ้าผู้เรียนนามซึ่งทำยนี้ เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการตรวจรับแล้ว ตามรายการ ในใบตรวจรับที่แนบมาพร้อมนี้ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

มติคณะกรรมการ

มมติ ถูกต้องครบถ้วน ให้ตรวจรับทุกรายการ

อื่น ๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)

ประธานกรรมการ

(

นางสาวอาชิติน ถิ่นสตูล

)

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ)

กรรมการ

(

-)

ตำแหน่ง

-

(ลงชื่อ)

กรรมการ

(

-)

ตำแหน่ง

-

-เพื่อโปรดทราบ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

-ทราบ

(ลงชื่อ)

(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความโคณ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลความมั่นคงความมั่นคง จังหวัดสุพรรณบุรี โทร 0 74-795126

ที่ สศท 0032.301 / - ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินโครงการ จัดซื้อวัสดุบริโภคโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุพรรณบุรี

ด้วยโรงพยาบาล 116 ความมั่นคง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี มีความจำเป็นต้องซื้อหรือจ้างเพื่อใช้ในการบริการของฝ่าย/งานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน โรงพยาบาลความมั่นคง ซึ่งมีรายละเอียดประกอบรายการพิจารณา ดังนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			ราคาซื้อ	หลังสุด เหตุผลความจำเป็น
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	ไข่ไก่	แผง	60	90.00	5,400.00	ราคาต่อหน่วย
2		-	-	-	-	-
3		-	-	-	-	-
4		-	-	-	-	-
5		-	-	-	-	-
6		-	-	-	-	-
7		-	-	-	-	-
8		-	-	-	-	-
9		-	-	-	-	-
10		-	-	-	-	-

กำหนดเวลาที่ จะต้องใช้พัสดุ หรือ ใช้งานแล้วเสร็จภายในกำหนด 60 วัน ขิงขออนุมัติดำเนินการจัดซื้อ

หรือจ้างตามรายการข้างต้น เนื่องจาก การซื้อหรือจ้างครั้งนี้ราคาไม่เกิน 100,000 บาท ขิงขอดำเนินการโดยวิธีตกลงราคา

นายรมหลี หลังยาหน่าย เลขที่ 60 หมู่ที่ 2 ถนน 0 โดยซื้อหรือจัดจ้างจาก

ตำบล ควนโค่น อำเภอ ควนโค่น จังหวัด สุพรรณบุรี และขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

งบดำเนินงาน เงินบำรุงฯ / เงินออกงบประมาณในโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ควนสตอ พ.ศ. 2560 หมายครจ่าย

และขออนุมัติแต่งตั้งกรรมการ รวบรวม ขิงขออนุมัติว่าด้วยกรฐมนครี่ว่าด้วยกรฐมนครี่ พ.ศ. 2535 ข้อ 34(6) และข้อ 35

- นางสาววาทิภิน ถิ่นสุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประธานกรรมการ
 - ตำแหน่ง - ตำแหน่ง กรรมการ
 - ตำแหน่ง - ตำแหน่ง กรรมการ
- ขิงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติ ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าทีพัสดุ

นางสาวปราจิราต มะอุน

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุพรรณบุรี

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ

อนุมัติ

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

(นายสุพท เจริญวิทย์)

เจ้าหน้าทีพัสดุ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความมั่นคง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสุพรรณบุรี

ใบตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง

เขียนที่ โรงพยาบาลควนโดน อ.ควนโดน จ.หวัดสตูล

วันที่ 21 สิงหาคม 2560

เรื่อง การตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าการการจังหวัดสตูล

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

จัดซื้อวัสดุบริโภคโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

ตามบันทึกลงวันที่

22-มิ.ย.-60

ซึ่งได้ทำการตรวจรับตามใบสั่งซื้อ/จ้าง เลขที่

AMC / 2560 ลงวันที่

22-มิ.ย.-60

จากสำเนา นายสมหิติ หลังยาหน่าย

ตามใบส่งของเลขที่ 1/4

ตั้งรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน
1	ไข่ไก่	แผง	60	90.00	5,400.00
2		-	-	-	-
3		-	-	-	-
4		-	-	-	-
5		-	-	-	-
6		-	-	-	-
7		-	-	-	-
8		-	-	-	-
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-

คณะกรรมการฯ ได้รับเป็นรายการถูกต้อง และตรงตามรายการ เมื่อวันที่

21 สิงหาคม 2560

สมควรจ่ายเงิน ค่าใช้จ่ายโครงการ

เป็นเงินทั้งสิ้น

5,400.00 บาท

(ตัวอักษร)

(เงินห้าพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

ให้แก่ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ผู้

ลงชื่อ

ประธานกรรมการ

ข้าพเจ้า นางสาวปาริชาติ มะอูน ได้รับพัสดุ

(นางสาวอาชกิน ถิ่นสตูล)

จำนวน 1 รายการ จากคณะกรรมการ

ลงชื่อ

กรรมการ

ผู้เรียนร้อยแล้ว

(0)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่พัสดุ

ลงชื่อ

กรรมการ

วันที่ 21 สิงหาคม 2560

(0)

ใบเบิกของ

สำหรับ ฝ่ายหน่วยงาน เวชปฏิบัติกรอภคสิริและชุมชน

เลขที่

บันทึกที่

วันที่

21-ต.ค.-60

เพื่อใช้ในโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ความดี

ลำดับที่	รายการ	เบิกครั้งสุดท้าย			ขอเบิกใหม่		หมายเหตุ
		ว.ค.ป	จำนวน	คงเหลือ	ขอเบิก	อนุมัติ	
1	ไข้ไก่				60	60	5,400.00
2	0				-	-	-
3	0				-	-	-
4	0				-	-	-
5	0				-	-	-
6	0				-	-	-
7	0				-	-	-
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							5,400.00

ลงชื่อ ผู้อนุมัติ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ ผู้เบิก

(นางวารีน แชะอาหลี)

ตำแหน่ง หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ

วันที่ 21-ต.ค.-60

วันที่ 21-ต.ค.-60

ลงชื่อ ผู้รับ

ลงชื่อ ผู้จ่าย

(นางสาวอาชิติน ถิ่นสกุล)

(นางสาวปาริชาติ มະฮูน)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่พัสดุ

วันที่ 21-ต.ค.-60

วันที่ 21-ต.ค.-60



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

ที่ สท 0032.301 / - ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการ จัดทำป้ายไว้มลฑนชนร่วมใจด้านภัยมะเร็งฯ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ด้วยโรงพยาบาลควนโดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีความจำเป็นต้องซื้อหรือจ้างเพื่อใช้ในบริการของ ฝ่าย/งาน เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลควนโดน ซึ่งมีรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			ราคาซื้อ	เหตุผลความจำเป็น
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	จัดทำป้ายไว้มลฑนชนร่วมใจด้านภัยมะเร็งภาคสุขภาพ	ชุด	1	500.00	500.00	ราคาซื้อ เหตุผลความจำเป็น
2		-	-	-	-	
3		-	-	-	-	
4		-	-	-	-	
5		-	-	-	-	
6		-	-	-	-	
7		-	-	-	-	
8		-	-	-	-	
9		-	-	-	-	
10		-	-	-	-	

กำหนดเวลาที่จะต้องใช้พัสดุ หรือ ให้งานแล้วเสร็จภายในกำหนด

60 วัน ขิงขออนุมัติดำเนินการจัดซื้อ

หรือขิงตามรายการข้างต้น เนื่องจากการซื้อหรือจ้างครั้งนี้ราคาไม่เกิน 100,000 บาท ขิงขอค่านินการโดยวิธีกลางราคา

พัสดุ กราฟิก ดีไซน์ เลขที่ 38/2 หมู่ที่ 5 ถนน ยมตรการกำร และขิงขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

ตำบล ย่านซ้อ อำเภอ ควนโดน จังหวัด สตูล และขิงขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

งบค่านินงาน / เงินบำรุงฯ / เงินกองทุนในโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ควนสตอ พ.ศ. 2560 หมวดรายจ่าย ประเภทวัสดุ ประกอบด้วย ประเภทวัสดุ ค่าใช้จ่ายโครงการ เป็นเงิน 500.00 บาท

และขิงขออนุมัติแต่งโครงการตรวจรับตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 ข้อ 34(6) และข้อ 35

- นางสาวอาชิติน ถิ่นสตูล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปรระชากรมการ
- ตำแหน่ง ตำแหน่ง - กรมการ
- ตำแหน่ง ตำแหน่ง - กรมการ

ขิงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ ตั้งชื่อ
นางสาวปาริชาติ มะฮูน
เจ้าหน้าที่พัสดุ

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ นางสาวปาริชาติ มะฮูน
 ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ
 เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ

อนุมัติ

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

(นายสุพล เจริญวิทย์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

แบบบันทึกตกลงราคาซื้อขายหรือจ้างเหมา

วันที่ 22-มิ.ย.-60

หน้าที่ 5

ข้าพเจ้า พาสี กราฟิก สีชมพู

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่

38/2

หมู่ที่

5

ถนน ยนตรการกำรร

ตำบล ย่านซ้อ

อำเภอ ความโคน

จังหวัด สตูล

โทร 074-795064

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

1919900085604

ขอเสนอราคา

ค่าใช้จ่ยโครงการ

รวมที่จ้ค่า - ภายในกำหนด 60 วัน นับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ/จ้าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			หมายเหตุ
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย	
1	จัดทำป้ายบริเวณชุมชนร่วมใจตำบลเขมรเรียงปากมดลูกฯ	ชุด	1	500.00	500.00
2		-	-	-	-
3		-	-	-	-
4		-	-	-	-
5		-	-	-	-
6		-	-	-	-
7		-	-	-	-
8		-	-	-	-
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-
รวมทั้งสิ้น					500.00

รวม เป็นเงิน 500.00 บาท (เงินห้าร้อยบาทถ้วน)

ราคาพิเศษขอ จ้าง ให้แก่โรงพยาบาลความโคน ข้าพเจ้าจะยื่นราคาอยู่ภายในกำหนด 0 วัน

(ลงชื่อ)

ผู้ขาย/รับจ้าง

(พาสี กราฟิก สีชมพู)

ผู้จัดการ

(ลงชื่อ)

ผู้ตกลงราคา

นางสาวปวีรชาติ มะฮูน

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ใบตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง

เขียนที่ โรงพยาบาลควนโดน อ.ควนโดน จ.หวัดสตูล

วันที่ 21 สิงหาคม 2560

เรื่อง การตรวจรับพัสดุ
เรียน ผู้ว่าการจังหวัดสตูล

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

จัดตั้งหน่วยประเมินมูลค่าชุมชนร่วมใจด้านภัยแล้ง

ตามบันทึกลงวันที่

22-มิ.ย.-60

ซึ่งได้ทำการตรวจรับตามใบสั่งซื้อ/จ้าง เลขที่

A50 / 2560 ลงวันที่

22-มิ.ย.-60


จากสำเนา ฟาติศ กราฟิก สี่โซน ตามใบส่งของเลขที่ 013/0633 คัดรายการต่อไป

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน
1	จัดหน่วยประเมินชุมชนร่วมใจด้านภัยแล้ง	ชุด	1	500.00	500.00
2		-	-	-	-
3		-	-	-	-
4		-	-	-	-
5		-	-	-	-
6		-	-	-	-
7		-	-	-	-
8		-	-	-	-
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-

คณะกรรมการได้รับเป็นรายการถูกต้อง และตรงตามรายการ เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2560

สมควรจ่ายเงิน ค่าใช้จ่ายโครงการ เป็นเงินทั้งสิ้น 500.00 บาท (ตัวอักษร)

(เงินทำเรื่องบาทถ้วน) ให้แก่ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ผู้

ข้าพเจ้า	นางสาวปาริชาติ มะอูน ได้รับพัสดุ
จำนวน	1 รายการ จากคณะกรรมการ
ผู้รับมอบยืมแล้ว	
ลงชื่อ	 เจ้าหน้าที่พัสดุ
	วันที่ 21 สิงหาคม 2560


ลงชื่อ _____ ประธานกรรมการ
(นางสาวอาชกิน ถิ่นสตูล)
ลงชื่อ _____ กรรมการ
()
ลงชื่อ _____ กรรมการ
()
(0)
(0)

แบบแสดงความรู้หรือใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าพัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจการจ้าง

ข้าพเจ้า นายชวาท ด้วงคำ (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นายสาคร ฟ้าใส (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาว อารีย์ กิ่ง (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ข้อมูลที่ตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงานต้นการ จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2559

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....  ลงนาม (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม.....  ลงนาม (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
(คณะกรรมการตรวจการจ้าง/ผู้ตรวจรับ)

ลงนาม (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล โทร 0 74-7951126

ที่ สต 0032.301 / ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2560

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ตามบันทึกข้อความ โรงพยาบาลควนโดน ที่ สต 0027/ ลงวันที่ 22-มิ.ย.-60

ได้แจ้งตั้งข้างฟุ้งใช้มีรายนมาซึ่งท้ายนี้ เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการตรวจรับแล้ว ตามรายการในใบตรวจรับที่แนบมาพร้อมนี้ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

มติคณะกรรมการ

มีมติถูกต้องครบถ้วน ให้ตรวจรับทุกรายการ

อื่น ๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)  ประธานกรรมการ

() นางสาวอชภิน ถิ่นสตูล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ) () กรรมการ

() ()

ตำแหน่ง -

(ลงชื่อ) () กรรมการ

() ()

ตำแหน่ง -

-เพื่อโปรดทราบ  หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

-ทราบ

(ลงชื่อ)

(นายสุพล เจริญฤทธิกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่โรงพยาบาลความโคคน

วันที่ 21 สิงหาคม 2560

ข้าพเจ้า นางสาววาริน แซะอาหลี เลขบัตรประชาชน 3910200026956 อยู่บ้านเลขที่ 99 หมู่ที่ 2
ต.ความโคคน อ.ความโคคน จ.สตูล ได้รับเงินจากโรงพยาบาลความโคคน คังราคาละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สตางค์
1.	- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าอบรมชุมชนร่วมใจต้านภัย มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม รพ.ความโคคน ปี 2560 โครงการ ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ค่าบลดความสตอ อำนวยความโคคน จำนวน 40 คนๆละ 25 บาท 2 วัน เป็นเงิน การะเงินแล้ว <i>OT</i> <i>คุณสรอสาสิน อิมสงขล</i>	3,000	-
	รวมเงิน	3,000	-

จำนวนเงิน(ตัวอักษร)-สามพันบาทถ้วน-

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(น.ศ.วาริน นพินาน)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นพ.สรอสาสิน อิมสงขล)

อนุมัติ



(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความโคคน

ทะเบียนรายชื่อผู้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ

การให้ความรู้และตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ตาม/มะเร็งปากมดลูก

โครงการ...
.....

ณ. ห้องประชุมโรงพยาบาลสวนดอกไม้ วันที่ 21 สิงหาคม 2560


ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
			เข้า	ป่วย	
1	คุณศรีสุดา นามวงศ์	121. 21.7 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
2	นาง น. นามวงศ์	410 21.7 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
3	นาง ลีนา นามวงศ์	70 21.8 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
4	นาง น. นามวงศ์	111 21.7 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
5	นาง น. นามวงศ์	120 21.7 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
6	นาง น. นามวงศ์	806- 21.8 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
7	นาง น. นามวงศ์	113 21.7 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
8	นาง น. นามวงศ์	62 21.8 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
9	นาง น. นามวงศ์	72 21.8 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
10	นาง น. นามวงศ์	179-8- ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
11	นาง น. นามวงศ์	7-8- ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
12	นาง น. นามวงศ์	42 21.7 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
13	นาง น. นามวงศ์	12 21.7 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
14	นาง น. นามวงศ์	26 21.8 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
15	นาง น. นามวงศ์	20 21.10 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
16	นาง น. นามวงศ์	13 21.10 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
17	นาง น. นามวงศ์	117 21.9 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
18	นาง น. นามวงศ์	33 21.9 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
19	นาง น. นามวงศ์	219 21.10 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
20	นาง น. นามวงศ์	179 21.10.9, ต.ตาคลี อ.ตาคลี			
21	นาง น. นามวงศ์	40 21.9 ต.ตาคลี อ.ตาคลี			

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 บัตรประชาชน 1 9102 00034 80 4
 Identification Number

นาง ฟารีดา หลั่งยาพินาย
 Name Mrs. Fareeda
 Last name Lungyanaal
 เกิดที่ 27 มี.ค. 2530
 Date of Birth 27 Mar. 1987
 ภาษี ภรรยา

เลข 367 หมู่ที่ 1 ต.จวนโพน
 อ.จวนโพน จ.สกล
 27 มี.ค. 2557
 Number of
 29 Mar. 2014
 Date of Issue


9102-03-08271137
 28 Mar. 2022
 Date of Expiry



สีใบขาว

Card (ใบขาว) (ใบขาว)

BORA-16-03



JTO-0233991-44

THAILAND



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลคลองโคน กลุ่มงานเวชปฏิบัติศัลยกรรมและชุมชน โทร (๐๗๕)๗๕๕๒๖๓ ต่อ ๑๓๑

ที่ สด ๐๐๒๗.๓๐๔/๖๓๕

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอสนับสนุนวิชาการ

เรียน สาธารณสุขอำเภอควนโดน

ด้วยโรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ตำบลควนสตอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ปี ๒๕๖๐ โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลควนสตอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล เพื่อให้มีการส่งเสริมให้กลุ่มวัยผู้สูงอายุได้รับความรู้เข้าใจในการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้มีสุขภาพกายจิตใจดี

ในการนี้โรงพยาบาลควนโดนจึงขอเชิญ คุณพริศดา หลังยาหน่าย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.ควนโดน เป็นวิทยากรบรรยายในเรื่อง สุขภาพจิตใหม่ผู้สูงอายุและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ อาคารชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลควนสตอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน

กำหนดภารกิจกรมอบรมให้ความรู้สุขภาพจิตในผู้สูงอายุและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
 โครงการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย
 ตำบลความสดอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ปี ๒๕๖๐
 วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

เวลา	กิจกรรม
๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น.	- ลงทะเบียน / รับเอกสาร
๐๙.๐๐ – ๑๐.๓๐ น.	- ให้ความรู้การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบคัดกรอง DST (Dementia Screenshot Tool) และคัดกรองสมองเสื่อมผู้สูงอายุ นางศุภฎี สุมาลี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางพาริศา หลีงยาหนวย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๐.๐๐ – ๑๑.๓๐ น.	- บรรยายสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และการป้องกันภาวะสมองเสื่อม นางพาริศา หลีงยาหนวย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๑.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.	- พูดคุย ชี้แจงปัญหา / ประเมินผลการจัดกิจกรรม

ใบคำขอรับเงิน

เขียนที่โรงพยาบาลควนโดน

วันที่ 21 สิงหาคม 2560

ข้าพเจ้า นางสามเษะ มะสะกา เลขบัตรประชาชน 3910200025861 อยู่บ้านเลขที่ 140 หมู่ที่ 5 ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ได้รับเงินจากโรงพยาบาลควนโดน ครั้งรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สตางค์
1.	- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมอบให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและการป้องกันโรคสมองเสื่อม จำนวน 99 คน x 25 บาท x 1 มื้อ เป็นเงิน	2,475	-
	รวมเงิน	2,475	-

(จำนวนเงิน - สองพันสี่ร้อยเจ็ดสิบห้าบาทถ้วน -)
ตัวอักษร

ชำระเงินค่า
(นางสามเษะ)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน



บัตรประชาชนประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9102 00025 86 1

ชื่อและชื่อสกุล นาง ฮานะฮิระ มะสะกา

Name Mrs. Hamiah Masaka



เกิดวันที่ 29 พ.ค. 2503

Date of Birth 29 May 1960

สถานที่เกิด เชียงใหม่

อายุ 140 วันอยู่ที่ 5 ต.สวนโศภน

เลขที่ 7 ส.ร. 2557

เลขบัตร Aug. 2014

Date of Issue

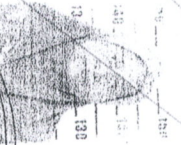


28 พ.ค. 2558

วันที่หมดอายุ 28 May 2023

Date of Expiry

9102-01-08071134



Handwritten signature

BORA-16-04



J10-0813351-03



Handwritten signature

811222


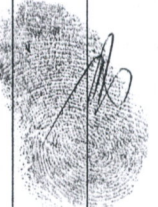
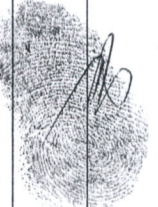
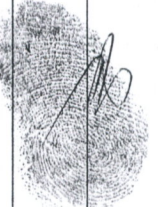
(นาง ฮานะฮิระ มะสะกา)

รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมอบรมให้ความรู้สุขภาพจิตในผู้สูงอายุและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม

โครงการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ตำบลควนสตอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ปี ๒๕๖๐

วันที่ ๒๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ อาคารชมรมผู้สูงอายุ อบต.ควนสตอ

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ
1.	นางปิ่นทอง ภรรยา	๕๖ ม.๕ ต.ควนสตอ	ปิ่นทอง
2	นาง ประไพ ภรรยา	44 ม.4 ต.ควนสตอ.	ประไพ
3.	นาง รุ่งโรจน์ ภรรยา	๕8 ม.3 ต.ควนสตอ.	รุ่งโรจน์
4.	นายชาติลา ภรรยา	35 ม.๔ ต.ควนสตอ.	ชาติลา
5.	นางภรณ์ทิพย์ ภรรยา	๗5 ม.8 ต.ควนสตอ	ภรณ์ทิพย์
6	นางสาว ภรรยา	๕10 ม.๑ ต.ควนสตอ	นางสาว
๗	นางอภิญญา ภรรยา	๑๑ ม.๑ ต.ควนสตอ	อภิญญา
8	นาง อรุณรัตน์ ภรรยา	43 ม.8 ต.ควนสตอ	อรุณรัตน์
9.	นางสุภาวดี ภรรยา	59 ม.๑ ต.ควนสตอ	สุภาวดี
10	นางสาว ภรรยา	๑๖2 / 1๐๑.๐๖๕๐๖	นางสาว
11.	นางสุวิมล ภรรยา	5๑ ม.1๐.๑๖๕๐๖	สุวิมล
12.	นาง สุมาลี ภรรยา	๕๐ ม.6 ต.ควนสตอ	สุมาลี
13.	นางสาว ภรรยา	173 ม.6 ต.ควนสตอ	นางสาว
14.	นาง อรุณ ภรรยา	47 ม.4 ต.ควนสตอ	อรุณ
15.	นาง อรุณ ภรรยา	56 ม.6 ต.ควนสตอ	อรุณ
16	นาง อรุณ ภรรยา	๑8๘ ม.๑ ต.ควนสตอ	อรุณ
1๗	นาง อรุณ ภรรยา	1๖1 ม.๕	อรุณ
18	นาง อรุณ ภรรยา	7๑ - ๑	อรุณ
19	นาง อรุณ ภรรยา	๑2 ม.๖ ควนสตอ	อรุณ
๒๐	นาง อรุณ ภรรยา	1๐8 ม.10 ต.ควนสตอ	อรุณ
๒1.	นาง อรุณ ภรรยา	31 ม.8 ต.ควนสตอ	อรุณ

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ
46	ทศฉัตร กิ่งเงิน	39 อ.1 ต.บึงสามพัน	
47	นายอนุชา คุ้มขี้เหล็ก	31 อ.8 ต.บึงสามพัน	
48	นายอดิศักดิ์ สันติราษฎร์	49 อ.6 ต.บึงสามพัน	
49	นายชัย นวดอนันต์	80 อ.1 ต.บึงสามพัน	
50	นายสมชาย ใจดี	1 อ.6 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
51	นายสมชาย ใจดี	29 อ.3 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
52	นายวิไล ใจดี	38 อ.4 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
53	นายสมชาย ใจดี	10 อ.7 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
54	นายสมชาย ใจดี	10 อ.8 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
55	นายสมชาย ใจดี	84 อ.2 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
56	นายสมชาย ใจดี	1 อ.5 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
57	นายสมชาย ใจดี	8 อ.6 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
58	นายสมชาย ใจดี	118 อ.5 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
59	นายสมชาย ใจดี	99 อ.10 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
60	นายสมชาย ใจดี	9 อ.9 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
61	นายสมชาย ใจดี	196 อ.8 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
62	นายสมชาย ใจดี	101 อ.7 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
63	นายสมชาย ใจดี	803 อ.5 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
64	นายสมชาย ใจดี	143 อ.8 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
65	นายสมชาย ใจดี	2 อ.7 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
66	นายสมชาย ใจดี	120 อ.5 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
67	นายสมชาย ใจดี	42 อ.6 ต.บึงสามพัน	นายอนุชา
68	นายสมชาย ใจดี	80 อ.6 " "	นายอนุชา
69	นายสมชาย ใจดี	84 อ.6 " "	นายอนุชา
70	นายสมชาย ใจดี	84 อ.6 " "	นายอนุชา

ใบคำขอรับเงิน

เขียนที่โรงพยาบาลควนโดน

วันที่ 21 สิงหาคม 2560

ข้าพเจ้า นางสาวเมธิยะ มะสะกา เลขบัตรประชาชน 3910200025861 อยู่บ้านเลขที่ 140 หมู่ที่ 5 ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัด สตูล ได้รับเงินจากโรงพยาบาลควนโดน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สตางค์
1.	- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มแก่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมอบชมให้ความรู้เรื่องการดูแลและการป้องกันตนเองต่อม จำนวน 25 คน x 25 บาท x 1 มื้อ เป็นเงิน	625	-
	รวมเงิน	625	-

(จำนวนเงิน - หกร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน-)

ตัวอักษร

ชำระเงินแก่
AS (นางจันทรี คุ้มกล่ำ)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
AS ๒๑๖๒๕๕
ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
AS Z

อนันต์

(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ค.ความสคอ อ.ความโคณ จ.สตูลปี ๒๕๖๐
 ในกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้มีปัญหาเชื้อเอชไอเอด
 วันที่ ๒๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลความโคณ

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ
1.	นางสาวศิวะดา นามะ	215 ม.๗ ต. ความสคอ อ. ความโคณ จ. สตูล	ศิวะดา นามะ
2.	นางสาวเสาวนีย์ งามะ	88 ม.3 ต. ความสคอ อ. ความโคณ จ. สตูล	เสาวนีย์ งามะ
3.	นายอานนท์ อานนท์	39 ม.4 ต. ความสคอ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ อานนท์
4.	นางสาวเสาวนีย์ นามะ	160 ม.6 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	เสาวนีย์ นามะ
5.	นางสาวเสาวนีย์ นามะ	15 ม.8 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	เสาวนีย์ นามะ
6.	นางสาวเสาวนีย์ นามะ	69 ม.๕ ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	เสาวนีย์ นามะ
7.	นายอานนท์ นามะ	35 ม.๗ ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
8.	นางสาวเสาวนีย์ นามะ	89 ม.5 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	เสาวนีย์ นามะ
9.	นายอานนท์ นามะ	8 ม.6 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
10.	นายอานนท์ นามะ	118 ม.5 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
11.	นายอานนท์ นามะ	99 ม.10 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
12.	นายอานนท์ นามะ	114 ม.9 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
13.	นายอานนท์ นามะ	9 ม.8 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
14.	นายอานนท์ นามะ	195 ม.8 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
15.	นายอานนท์ นามะ	12 ม.7 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
16.	นายอานนท์ นามะ	47 ม.4 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
17.	นายอานนท์ นามะ	193 ม.6 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
18.	นายอานนท์ นามะ	20 ม.6 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
19.	นายอานนท์ นามะ	59 ม.8 ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
20.	นายอานนท์ นามะ	210 ม.๑ ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
21.	นายอานนท์ นามะ	79 ม.๑ ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
22.	นายอานนท์ นามะ	99 ม.๑ ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ
23.	นายอานนท์ นามะ	93 ม.๕ ต. ความโคณ อ. ความโคณ จ. สตูล	อานนท์ นามะ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลความโค่น อำเภอความโค่น จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

ที่ สต 0032.301 / - ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการ จัดจ้างจัดทำสื่อ/เอกสาร/แผ่นพับ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ด้วยโรงพยาบาลความโค่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีความจำเป็นต้องจ้างเพื่อให้บริการของฝ่ายงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลความโค่น ซึ่งมีรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			ราคาซื้อ ต่อหน่วย	เหตุผลความจำเป็น
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	สื่อ/เอกสาร/แผ่นพับ	เล่ม	80	25.00	2,000.00	บาทต่อเล่ม
2	- ใบนวดติดตามการปรับเปลี่ยน	-	-	-	-	-
3	พฤษภาคมสุขภาพ คนเสื้อ สดโรก	-	-	-	-	-
4	กัญเจียง	-	-	-	-	-
5		-	-	-	-	-
6		-	-	-	-	-
7		-	-	-	-	-
8		-	-	-	-	-
9		-	-	-	-	-
10		-	-	-	-	-

กำหนดเวลาที่จะต้องใช้พัสดุ หรือ ให้นำมาแล้วเสร็จภายในกำหนด

30 วัน ขิงขออนุมัติดำเนินการจัดซื้อ

หรือจึงสามารถร่างขึ้น เนื่องจากการจัดซื้อหรือจ้างครั้งนี้ราคาไม่เกิน 100,000 บาท จึงขอดำเนินการโดยวิธีตกลงราคา

โดยซื้อหรือจัดจ้างจาก

เอส แอนด์ วาย เซอร์วิส

เลขที่ 208/2

หมู่ที่ 8

ถนน 0

และขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

ตำบล ความสะอาด

อำเภอ ความโค่น

จังหวัด สตูล

และขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

/ เงินบำรุงฯ

/ เงินออกงบประมาณในโครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยฯ

พ.ศ. 2560

หมวดรายจ่าย

งบดำเนินงาน

ประเภทวัสดุ ค่าใช้จ่ายโครงการ

เป็นเงิน

2,000.00 บาท

และขออนุมัติแจ้งกรมการตรวจรับตามระเบียบสำนักงานกฤษฎีกาว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 ข้อ 34(6) และข้อ 35

วรรคสุดท้าย ประกอบด้วย

- นางสาวชอพิยา งามะหาด ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ งบประมาณกรมการ
 - ตำแหน่ง กรรมการ
 - ตำแหน่ง กรรมการ
- จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

นางสาวปาริชาติ มะฮูน

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ

อนุมัติ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

(นายสุพล เจริญวิทย์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความโค่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

แบบบันทึกตกลงราคาซื้อขายหรือจ้างเหมา

วันที่ 18-ศ.ค.-60

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่

208/2

หมู่ที่ 8

ข้าพเจ้า เอส แอนต์ วาย เซอริส

ตำบล ความโตน อำเภอ ความโตน

จังหวัด สตูล

โทร

074-740556

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

3910300010822

ขอเสนอราคา

ค่าใช้จ่ายโครงการ

รวมทั้งค่า

- ภายในกำหนด

30

วัน นับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อจ้าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			หมายเหตุ	
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	สื่อ/เอกสาร/แผ่นพับ	เล่ม	80	25.00	2,000.00	
2	- เบบนลิตติ้งโครงการโปรแกรมลิ้น	-	-	-	-	
3	พลาธิการรณรงค์สุขภาพ สดสีเขียว สดโรด	-	-	-	-	
4	ก๊วยเซียบ	-	-	-	-	
5		-	-	-	-	
6		-	-	-	-	
7		-	-	-	-	
8		-	-	-	-	
9		-	-	-	-	
10		-	-	-	-	
				รวมทั้งสิ้น	2,000.00	

รวม 1 รายการ เป็นเงิน 2,000.00 บาท (เงินสองพันบาทถ้วน)

ราคาที่เสนอ จ้าง ให้แก่โรงพยาบาลควนโดน ข้าพเจ้าจะยื่นราคาอยู่ภายในกำหนด 0 วัน

(ลงชื่อ)

ผู้ขาย/รับจ้าง

(เอส แอนต์ วาย เซอริส)

ผู้จัดการ

(ลงชื่อ)



ผู้ตกลงราคา

นางสาวปราชดา มะอุน

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ใบสั่งซื้อ/จ้าง

เลขที่ 479 / 2560

วันที่ 18-ต.ค.-60

เรียน

เอส แอนคี่ วาย เซอร์วิส

โรงพยาบาลความโคณ อำเภอความโคณ จังหวัดสตูล ขอซื้อ/จ้างตามรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน
1	สื่อ/เอกสาร/แผ่นพับ	เล่ม	80	25.00	2,000.00
2	- ไม่พบติดต่อขงกรมไปรษณีย์	-	-	-	-
3	นงาบริการรถสุขาภิบาล ๑๓๕๒ ๑๓๖๓	-	-	-	-
4	กีบเรียน	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-
รวมเป็นเงิน					2,000.00

การสั่งซื้อ/จ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน 30 วัน นับตั้งจากวันที่ผู้ขาย/ผู้รับจ้างได้รับใบสั่ง
- สถานที่ส่งที่ส่งมอบ โรงพยาบาลความโคณ อำเภอความโคณ จังหวัดสตูล
- ระยะเวลาประกัน - เดือน
- สงวนสิทธิค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนดเวลาโดยคิดค่าปรับเป็นรายวันดังนี้
 ซื้อในอัตราร้อยละ .20 ของราคาพัสดุที่ยังไม่ได้รับมอบ
 จ้างในอัตราร้อยละ 0.10 ของราคางานจ้างนั้นแต่จะคิดงไม่ต่ำกว่าวันละ 100 บาท

ลงชื่อ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ผู้สั่งซื้อ

ลงชื่อ

(เอส แอนคี่ วาย เซอร์วิส)

ผู้รับใบสั่ง

บันทึกข้อความ



ส่วนราชการ โรงพยาบาลความ โคน ฝ่าย/งาน โรงพยาบาลความ โคน (เบอร์ติดต่อภายใน).....

ที่ ดศ ๐๐๒๘..... วันที่ 18 สิงหาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้าง วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งก่อสร้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดร (คือเจ้าอาวาสวัดจันทร์)

ด้วยฝ่าย/งาน มูลนิธิมีจิตธรรมะศรีอโสมบุญ โรงพยาบาลความ โคน มีความจำเป็นต้องจัดซื้อ/จ้าง วัสดุ

อุปกรณ์ สิ่งก่อสร้าง เนื่องจาก

วัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลหมด หรือไม่มีต้นทุน.....

ก่อสร้างซ่อมแซมปรับปรุง (ระบุ).....

จ้าง (ระบุ).....

ต้นทุนโครงการ ส่งเสริมสุขภาพคนด้อย ๓ คน ๑๒๐ คนโดย และเบิกจ่ายจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

(ระบุเหตุผลเพิ่มเติม) เพื่อใช้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพคนด้อย ๓ คน ๑๒๐ คนโดย และเบิกจ่ายจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ในการนี้ขอปฏิบัติให้ งานพัสดุเป็นผู้จัดหา ต้องการใช้พัสดุในวันที่ 21 ส.ค. ๖๐ ฝ่าย/งาน มูลนิธิมีจิตธรรมะศรีอโสมบุญ

ขอทูลเกล้าฯ เป็นผู้จัดหาเอง เนื่องจาก ได้รับความช่วยเหลือจากกรมส่งเสริมสุขภาพ

โดยรายละเอียดพัสดุที่จัดซื้อ/จ้าง ดังนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคา/หน่วย	ราคารวม	ราคาซื้อ/จ้าง	งบ.ป.ที่
		(หน่วย)	(บาท)	(บาท)	ครุภัณฑ์	ต้องการใช้
1	- ถ่ายเอกสารแบบแผ่นในกระดาษปรู๊ฟราคา 10 แผ่น/กล่อง ขนาด ๓๗๕x๕๐๐	50 กล่อง	๕๐ บาท	๒5๐๐ บาท		
2	- ผลิตกระดาษทำสื่อ/เอกสาร/แผ่นพับ 2 มม.สีดอกทองการพิมพ์ ๒๕๐x๓๕๐ มม. พิกัดสี ๔ สี ๑๐๐% ๑๐๐% ๑๐๐% ๑๐๐% ร้อยเรียง	๕๐ ร้อย				

ในการจัดซื้อ/จ้างครั้งนี้ ขอแจ้งถึงคณะกรรมการตรวจสอบพัสดุ จำนวน 1 คน ดังนี้ (ราคาประเมินบาทขึ้นไป 3 คน)

1. นายอรรถสิทธิ์ ออมบุญ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชภัณฑ์

2. ตำแหน่ง

3. ตำแหน่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณ

[Signature]
(ผู้ขออนุมัติ)

ความเห็นข้าพเจ้าที่พัสดุ

เรียน ผอ. โรงพยาบาลความ โคน

[Signature]

(นายสุพัต เจริญวิทย์)

(นางสาวปวีณา อภิน)

ข้าพเจ้าที่พัสดุ

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดร

เอส แอนด์ วาย เออร์ริส

208/2 หมู่ที่ 8 ต.ความสะอาด อ.ความไตน จ.สตูล 91160

TEL.074-740556 , 086-0181734 FAX.074-740556

โบส ขอบ

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3910300010822

ลูกค้า :

โรงพยาบาลความไตน

106 ม.6 ต.ความสะอาด อ.ความไตน จ.สตูล 91160

เลขที่ใบส่งของ

IV6000081

วันที่

21/08/60

No.	รหัสสินค้า/รายละเอียด	จำนวน	หน่วยละ	ส่วนลด	จำนวนเงิน
1	สื่อ/เอกสาร/แผ่นพับ - แบบติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสียง ลดโรค ภัยเงียบ	80.00 เล่ม	25.00		2,000.00
ตัวอักษร: (สองหน้าเท่านั้น).					จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น
					2,000.00

ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ถูกต้อง
และอยู่ในสภาพเรียบร้อยทุกประการ

ไพรม์ เอส แอนด์ วาย เออร์ริส

ผู้รับสินค้า

วันที่ 21 / 8 / 60

ผู้ส่งสินค้า

(นางสาวชานษา นกอินท)

Chansava Chanin (นางสาวชานษา นกอินท)

(นางสาวชานษา นกอินท)

ลูกค้า : โรงพยาบาลควนโดน

106 ม.6 ต.ควนสตอ อ.ควนโดน จ.สตูล 91160

เลขที่ใบเสร็จ RE6000051

วันที่ 21/08/60

No.	เลขที่ใบกำกับ	วันที่	ครบกำหนด	จำนวนเงิน	ยอดคงค้าง	ยอดชำระ
-----	---------------	--------	----------	-----------	-----------	---------

1	IV6000081	21/08/60		2,000.00		2,000.00
					รวมเป็นเงิน	2,000.00

(สองพันบาทถ้วน).

การชำระเงินด้วยเช็คจะสมบูรณ์เมื่อบริษัทได้รับเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว

เงินสด _____

เช็คธนาคาร _____ เช็คเลขที่ _____ ลงวันที่ ____/____/____ จำนวนเงิน _____

โอนเข้าบัญชีธนาคาร _____ สาขา _____ ลงวันที่ ____/____/____ จำนวนเงิน _____

ผู้รับเงิน _____ วันที่ 21/ 8/ 60



(นางสาวชานทยา ไหมอติง)

บัตรประชาชนตัวจริงราชการ Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 9103 00010 82 2
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. ฮาหยาด ไหมอติง
 Name Miss. Hahyad
 Last name Baidodem
 เกิดวันที่ 10 เม.ย. 2522
 Date of Birth 10 Apr. 1979
 ศพชา ภูสาร



เลข 137/1 หมู่ที่ 10 ต.พุน้อย
 อ.คูขันธ์ 9 เม.ย. 2558
 9 เม.ย. 2564
 (หมายเลข 910207)
 9 Apr. 2021
 9102-07-04091009

9 เม.ย. 2564
 9 Apr. 2021
 9102-07-04091009


สมิง อติง
 (นางฮาดฮาด ไหมอติง)

BORA-03-02

KNO--0669021--29

ประเทศไทย
 THAILAND

ใบตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง

เขียนที่ โรงพยาบาลควนโดน อควนโดน จังหวัดสตูล

วันที่ 21 สิงหาคม 2560

เรื่อง การตรวจรับพัสดุ
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ทำการตรวจรับพัสดุ จัดจ้างจัดทำสื่อ/เอกสาร/แผ่นพับ ตามบันทึกเลขวันที่

18-ส.ค.-60 ซึ่งได้ทำการตรวจรับตามใบสั่งซื้อ/จ้าง เลขที่ 479 / 2560 ลงวันที่ 18-ส.ค.-60

จากสำเนา เอกสาร/สัญญา เลขที่ IV6000081 ดังรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			เป็นเงิน
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	
1	สื่อ/เอกสาร/แผ่นพับ	เล่ม	80	25.00	2,000.00
2		-	-	-	-
3		-	-	-	-
4		-	-	-	-
5		-	-	-	-
6		-	-	-	-
7		-	-	-	-
8		-	-	-	-
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-

คณะกรรมการได้รับเป็นรายการถูกต้อง และตรงตามรายการ เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2560

ค่าใช้ช่วยโครงการ เป็นเงินทั้งสิ้น 2,000.00 บาท (ตัวอักษร)

(เงินสองพันบาทถ้วน) ให้แก่ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ผู้

ลงชื่อ ประธานกรรมการ



ข้าพเจ้า นางสาวปาริชาติ มະฮูน ผู้รับพัสดุ (นางสาวชอพิยา ไม้มหาด)

จำนวน 1 รายการ จากคณะกรรมการ ลงชื่อ กรรมการ

ผู้รับเรียบร้อยแล้ว (0)

ลงชื่อ กรรมการ

วันที่ 21 สิงหาคม 2560



(0)



แบบแสดงความรู้หรือใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าพัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจการจ้าง

ข้าพเจ้า นายสมภพ ก. ดิเรียด (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาว ปวีณา อิ่มน (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาว ชองเปว งามนวม (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามระเบียบปฏิบัติงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงานต้นการ จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2559

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....  ลงนาม.....  (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ) (เจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม.....  ลงนาม.....  (คณะกรรมการตรวจการจ้าง/ผู้ตรวจคลัง) (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

ลงนาม
(คณะกรรมการตรวจการจ้าง)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลความโดดเด่น อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี โทร 0 74-795126

ที่ สต 0032.301 / ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2560

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้อำนวยการจังหวัดลพบุรี

ตามบันทึกข้อความ โรงพยาบาลความโดดเด่น ที่ สต 0027/ ลงวันที่ 18-ส.ค.-60

ได้แต่งตั้งข้าพเจ้าผู้มีรายนามข้างต้น เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการตรวจรับแล้ว ตามรายการในใบตรวจรับที่แนบมาพร้อมนี้ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

มติคณะกรรมการ

มีมติถูกต้องครบถ้วน ให้ตรวจรับทุกรายการ

อื่น ๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)  ประธานกรรมการ

(นางสาวชอพิยา ไนมะหาด)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กรรมการ

(ลงชื่อ) () กรรมการ

() ()

ตำแหน่ง -

(ลงชื่อ) () กรรมการ

() ()

ตำแหน่ง -

-เพื่อโปรดทราบ หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

-ทราบ

(ลงชื่อ)

(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความโดดเด่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดลพบุรี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

ที่ สต 0032.301 / - ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการ จัดจ้างจัดซื้อวัสดุ
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ด้วยโรงพยาบาลควนโดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีความจำเป็นต้องซื้อหรือจ้างเพื่อใช้งานบริการของ
ฝ่าย/งาน เวชปฏิบัติกรอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลควนโดน ซึ่งมีรายละเอียดประกอบรายการพิจารณา ดังนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			ราคาซื้อ หรือมูลค่า	เป็นเงิน ต่อหน่วย	เหตุผลความจำเป็น
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย			
1	สื่อเอกสาร/แผ่นพับ	-	-	-	-	ราคาต่อหน่วย	
2	- วัสดุ 3 สันผิวดัดคมเสริมเต้านม	ชุด	250	2.00	500.00	-	
3	- อุปกรณ์ถุงในวัยทอง	ชุด	250	2.00	500.00	-	
4	- แม่ปั๊มทำงานฉุกเฉินแม่ปั๊ม	ชุด	250	2.00	500.00	-	
5	- รั้วลูกถ้วยวัดคลื่น	ชุด	250	2.00	500.00	-	
6	- เสื้อชูชีพยี่ห้อหนึ่งสี	ชุด	250	2.00	500.00	-	
7	- โถชนนากาโรในเด็ก	ชุด	250	2.00	500.00	-	
8	- ลูกบิดรถอเนกประสงค์	ชุด	250	2.00	500.00	-	
9	-	-	-	-	-	-	
10	-	-	-	-	-	-	

กำหนดเวลาที่จะต้องใช้พัสดุ หรือ ใช้งานแล้วเสร็จภายในกำหนด

30 วัน จึงขออนุมัติดำเนินการจัดซื้อ

หรือจ้างตามรายการข้างต้น เนื่องจากการจัดซื้อหรือจ้างครั้งนี้ราคาไม่เกิน 100,000 บาท จึงขอดำเนินการโดยวิธีตกลงราคา

พัสดุที่กรากฎ ก.ใช้ชน

โดยซื้อหรือจ้างจาก

ตำบล ย่นซ้อ / อำเภอ ควนโดน เลขที่ 38/2 หมู่ที่ 5 ถนน

ย่นซ้อ อ.ควนโดน จ.สตูล

ย่นซ้อ อ.ควนโดน

และขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

งบดำเนินงาน / เงินบำรุงฯ

เงินนอกงบประมาณในโครงการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยฯ

เป็นเงิน 3,500.00 บาท

และขออนุมัติแต่งตั้งกรรมการตรวจสอบตามระเบียบสำนักงานสาธารณสุขว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 ข้อ 34(6) และข้อ 35

วรรคสุดท้าย ประกอบด้วย

- นางสถาพร ภักธากินันท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาระงานกรรมการ
- ตำแหน่ง - กรรมการ
- ตำแหน่ง - กรรมการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

นางสาวปาริชาติ มะฮูน

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ

อนุมัติ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ

(นายสุพล เจริญวิทย์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลควนโดน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

แบบบันทึกตกลงราคาซื้อหรือจ้างเหมา

วันที่ 18-ส.ค.-60

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่

38/2

หมู่ที่ 5

ข้าพเจ้า ฟาลศีกกราทิก ซีไอชนั

ตำบล ย่านซ้อ

อำเภอ ควนโดน

จังหวัด สตูล

ถนน ยন্ত্রกรการภาร

โทร 074-795064

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

1919900085604

ขอเสนอราคา

ค่าใช้จ่ายโครงการ

รวมทั้งค่า - ภายในกำหนด 30 วัน นับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ/จ้าง ตั้งรายละเอียดต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			หมายเหตุ
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย	
1	สื่อเอกสารแผ่นพับ	-	-	-	
2	-งานวี 3 สัมผัสสีกัดมะเร็งเต้านม	ชุด	250	2.00	500.00
3	-เสื้อคลุมถุงในวัยทอง	ชุด	250	2.00	500.00
4	-แม่ใบหางงานลูกกิมนแม่ไม้	ชุด	250	2.00	500.00
5	-รักลูกด้วยรักซึน	ชุด	250	2.00	500.00
6	-เลี้ยงลูกด้วยหนังสือ	ชุด	250	2.00	500.00
7	-โภชนาการในเด็ก	ชุด	250	2.00	500.00
8	-ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	ชุด	250	2.00	500.00
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-
รวมทั้งสิ้น					3,500.00

รวม 7 รายการ เป็นเงิน 3,500.00 บาท (เงินสามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ราคาที่เสนอ จ้าง ให้แก่โรงพยาบาลควนโดน ข้าพเจ้าจะยื่นราคาอยู่ภายในกำหนด 0 วัน

(ลงชื่อ)

(ฟาลศีกกราทิก ซีไอชนั)

ผู้ขาย/รับจ้าง

ผู้จัดการ

(ลงชื่อ)

ผู้ตกลงราคา

นางสาวปริชาต มະฮูน

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ใบสั่งซื้อ/จ้าง

เลขที่ 514 / 2560

วันที่ 18-ส.ค.-60

เรียน

ฟาสต์กร้าฟิค ซีพีเอ็ม

โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ขอซื้อ/จ้างตามรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน
1	สื่อ/เอกสาร/แผ่นพับ	-	0	-	-
2	-รับวี 3 สัมผัสสักตะมอเร็งเต้านม	ชุด	250	2.00	500.00
3	-อ้วนลงพุงในวัยทอง	ชุด	250	2.00	500.00
4	-แม่ไปทำงานลูกกินแม่ไปใส่	ชุด	250	2.00	500.00
5	-รักลูกด้วยรักซิน	ชุด	250	2.00	500.00
6	-เลี้ยงลูกด้วยหนังสือ	ชุด	250	2.00	500.00
7	-โภชนาการในเด็ก	ชุด	250	2.00	500.00
8	-ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	ชุด	250	2.00	500.00
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-
รวมเป็นเงิน					3,500.00

การสั่งซื้อ/จ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน 30 วัน นับถัดจากวันที่ผู้ขาย/ผู้รับจ้างได้รับใบสั่ง
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล
- ระยะเวลารับประกัน เดือน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนดเวลาโดยคิดค่าปรับเป็นรายวันดังนี้
 1. ค่าปรับรายวัน 20 ของราคาพัสดุที่ยังไม่ได้รับมอบ
 2. ค่าปรับรายวัน 10 ของราคาจ้างนับแต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ 100 บาท

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ



ผู้รับใบสั่ง

(ฟาสต์กร้าฟิค ซีพีเอ็ม)



บันทึกข้อความ

KD-FR-STO-001

ตัวราชการ โรงพยาบาลขอนแก่น ฝ่าย/งาน โทร. (เบอร์ติดต่อภายใน).....

ที่ สด ๐๐๒๗ / วันที่ 19 มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้าง วัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง

เรียน ผู้ว่าการการจังหวัดอุดรธานี

ด้วยฝ่าย/งาน กองบริหารงานทั่วไป/กองช่าง โรงพยาบาลขอนแก่น มีความจำเป็นต้องการจัดซื้อ วัสดุ วัสดุ

ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง เนื่องจาก

วัสดุในคลังของโรงพยาบาลหมด หรือไม่มีสนับสนุน

ก่อสร้างเพิ่มเติม งบประมาณ (ระบุ)

จ้าง (ระบุ)

สนับสนุนโครงการ ส่งเสริมสุขภาพชุมชน ๓-๐๐๗๒๖๐ ๐๐๗๓๖/๗๓๖๑ และเบิกจ่ายจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

(ระบุเหตุผลเพิ่มเติม)

ในการนี้ขออนุมัติให้ งานพัสดุเป็นผู้จัดหา ต้องการใช้พัสดุใน วันที่ ฝ่าย/งาน

กองบริหารงานทั่วไป เป็นผู้จัดหาเอง เนื่องจาก ตามสัญญาฉบับที่ ๑๐๖๖๗๓๖/๑๐๖๖๗๓๖๑

โดยมีรายละเอียดพัสดุที่จัดซื้อ/จ้าง ดังนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน (หน่วย)	ราคา / หน่วย (บาท)	ราคาต่อตลาด (บาท)	ราคาซื้อ/จ้าง ครึ่งล่าสุด	ว.ค.ป. ที่ต้องการใช้
1.	<u>กระดาษ/ซองกระดาษ</u> - 3 หรือ 3 สมิพล์ ขนาด ๒๗x๓๖ ซม. - <u>ซองซองพิเศษ</u> - <u>น้ำยาล้างจาน</u> ขนาด ๑.๕ ลิตร/ขวด - <u>สบู่ก้อน</u> ขนาด ๑๐๐ กรัม/ก้อน - <u>กระดาษชำระ</u> ขนาด ๑๐x๑๕ ซม. - <u>กระดาษทิชชู</u> ขนาด ๑๐x๑๕ ซม.					
				500		
				500		
				500		
				500		
				500		
				500		
				500		

ในการจัดซื้อ/จ้างครั้งนี้ ขอแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบพัสดุ จำนวน 4 คน ดังนี้ (ราคาหนึ่งหมื่นบาทขึ้นไป 3 คน)

1. ภววรรณ ตำแหน่ง หัวหน้างานพัสดุ

2. ตำแหน่ง

3. ตำแหน่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณ

(ภววรรณ ภววรรณ) (ผู้ขออนุมัติ)

ความเห็นเจ้าหน้าที่พัสดุ

เรียน ผอ. โรงพยาบาลขอนแก่น

(นายสุพัต ตรีชัยกิจ)

(นางวราภรณ์ ติง) (นางสุพัต ตรีชัยกิจ)

เจ้าหน้าที่พัสดุ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าการการจังหวัดอุดรธานี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

ที่ สต 0032.301 / ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2560

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้อำนวยการจังหวัดสตูล

ตามบันทึกข้อความ โรงพยาบาลควนโดน ที่ สต 0027/ ลงวันที่ 18-ส.ค.-60

ได้แต่งตั้งข้าพเจ้าผู้เรียนนามข้างท้ายนี้ เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการตรวจรับแล้ว ตามรายการ ในใบตรวจรับที่แนบมาพร้อมนี้ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

มติคณะกรรมการ

- มมติ ถูกต้องครบถ้วน ให้ตรวจรับทุกรายการ
- อื่น ๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)

ประธานกรรมการ

(นางสถาพร ภักธรากินันท์)

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ)

กรรมการ

()

ตำแหน่ง

(ลงชื่อ)

กรรมการ

()

ตำแหน่ง

-

-เพื่อโปรดทราบ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

-ทราบ

(ลงชื่อ)

(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

