



11/14/66  
 คณบดี ๕๓๙ ๐๙๙๖ / 161.50  
 วันที่ 10/1/66

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เลขที่รับ..... ๓๐3
วันที่..... 10 1๘๘ ๖๖

### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลลิตล อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โทร ๐ ๗๓๓๗ ๖๗๔๐  
 ที่ ยล ๐๓๓๓.๑/๔/๒๓๕ วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าจัดซื้ออุปกรณ์ฝึกปฏิบัติทำความสะอาดช่องปาก

นร 106166  
 16150

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลลิตล

ตามบันทึกข้อความ ที่ ยล ๐๓๓๓.๑/๔/๑๙๖ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖ ได้รายงาน  
 ผลการพิจารณา และอนุมัติให้จัดซื้ออุปกรณ์ฝึกปฏิบัติทำความสะอาดช่องปาก โดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน ๒  
 รายการ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๖,๑๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นหกพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการ/กรรมการ ได้ทำการตรวจรับวัสดุ ดังกล่าว ไว้เป็นการถูกต้องและครบถ้วนแล้ว  
 จึงเห็นสมควรเบิกจ่ายเงินให้ต่อไป ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ วรรคสาม แห่งระเบียบกระทรวง  
 สาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่ง  
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๔๙๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ข้อ๑ (๑) เรื่องการมอบ  
 อำนาจในการอนุมัติการเบิกจ่ายเงินบำรุงให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการ  
 สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ มีอำนาจในการพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวง  
 สาธารณสุข ในวงเงินครั้งหนึ่งไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐.-บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขออนุมัติเบิกเงินค่าจัดซื้ออุปกรณ์ฝึกปฏิบัติทำความสะอาดช่องปาก รวมเป็นเงิน  
 ทั้งหมด ๑๖,๑๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นหกพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) จากเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
 ตำบลลลิตล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

๓๓๙ ๐๙๙๖ 15,988.50  
 วันที่ 10/1/66

(นางชาลีนา เจ๊ะแฉ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ทำหน้าที่  
 เป็นเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลลิตล

- เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

(นางพิมพ์ สุขโข)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ทำหน้าที่

เป็นเจ้าหน้าที่

ว/ด/ป 1 1 1111 2566

อนุมัติ

๙

(นางสปีน๊ะ มะเร๊ะ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลลิตล

1 1 1111 2566



เล่มที่ ๙๓

# ใบส่งของ ร้านลิเต็ง

№ 37

85/2 ม.4 ต.ตาเซะ อ.เมือง จ.ยะลา 95000 โทร. 080-0881235

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3950100521068

วันที่ ๑๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

นาม โพลก ลีด  
ที่อยู่ หมู่ที่ ๗ ตำบล ๑.ไร่๗ จ.ยะลา

จำนวน	รายการ	@	จำนวนเงิน	
			บาท	สต.
30 ชุด	ชุดอุปกรณ์สีนรถจักรยาน - แปรงสีฟัน Brush me รุ่น 6-12 ปี - ยาสีฟัน Kodomo คอ: กลิ่น ร่ม 100กรัม - โคมไฟพกพา 25 หลา	105-	3,150	-
200 ชุด	ชุดอุปกรณ์สีนรถจักรยาน - แปรงสีฟัน Brush me รุ่น 0-9 ปี - ยาสีฟัน Kodomo คอ: กลิ่น ร่ม 40กรัม	65	13,000	-
รวมทั้งสิ้น			รวมเงิน	16,150 -

ผู้รับของ สุกานันท์

ผู้ส่งของ โพลก



10 12 66  
เลขที่ 103/86

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล  
เลขที่รับ..... 159  
วันที่..... 10 12 66



### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โทร ๐ ๗๓๓๗ ๖๗๔๐

ที่ ยล ๐๑๓๓.๑/๔/๒๓๙  
วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าจ้างเหมาทำคู่มือดูแลฟันลูกและบันทึกการแปรงฟันให้ลูก

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล

103/66  
ราคาสินค้า..... 6000  
ได้ร้อยทั้ง 7%  
6000  
ภาษีหัก ณ ที่จ่าย 1%  
600  
10 เม 66

ตามบันทึกข้อความ ที่ ยล ๐๑๓๓.๑/๔/๑๙๘ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖  
ผลการพิจารณา และอนุมัติให้จ้างเหมาทำคู่มือดูแลฟันลูกและบันทึกการแปรงฟันให้ลูก โดยวิธีเฉพาะที่จ้าง  
จำนวน ๑ รายการ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๖,๐๐๐ บาท (หกพันบาทถ้วน) นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการ/กรรมการ ได้ทำการตรวจรับวัสดุ ดังกล่าว ว่าเป็นการถูกต้องและครบถ้วนแล้ว  
จึงเห็นสมควรเบิกจ่ายเงินให้ต่อไป ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ วรรคสาม แห่งระเบียบกระทรวง  
สาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่ง  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๙๙๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ข้อ ๑ (๑) เรื่องการมอบ  
อำนาจในการอนุมัติการเบิกจ่ายเงินบำรุงให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการ  
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ มีอำนาจในการพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวง  
สาธารณสุข ในวงเงินครั้งหนึ่งไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐.-บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขออนุมัติเบิกเงินจ่ายค่าจ้างเหมาทำคู่มือดูแลฟันลูกและบันทึกการแปรงฟันให้ลูก  
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๖,๐๐๐ บาท (หกพันบาทถ้วน) จากเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

4๙๙๐ ๗๙๙๒ | 6000.-

(นางชาลิษา เจ๊ะแว)  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ทำหน้าที่  
เป็นเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล  
- เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

(นางพิมพ์ สุขโข)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ทำหน้าที่  
เป็นเจ้าหน้าที่  
ว/ค/ป 10 เม.ย. 2566

**อนุมัติ**

(นางสปีงะ มะเร๊ะ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล  
10 เม.ย. 2566









29 พ.ค. 66

พจ 149/66

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล
เลขที่รับ..... 239
วันที่..... 26 พ.ค. 66

### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โทร ๐ ๗๓๓๗ ๖๗๔๐  
 ที่ ยล ๐๑๓๓.๑/๔/ ๗๖๗ วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการจัดประชุม/อบรมตามโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน ตำบลลิดล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล

บจ. 149/66  
 ราคาสินค้า 4,700  
 ภาษีสรรพสามิต 7%  
 รวมทั้งสิ้น 4,919  
 ภาษีหัก ณ ที่จ่าย 1%  
 จួយจริง 4,700  
 ภาษีหัก ณ ที่จ่าย 1%  
 เงินสด/เช็ค 4,653

ตามบันทึกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล ที่ ยล.๐๑๓๓.๑/๔/ ๗๖๗ ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้รับอนุมัติให้จัดอบรมแกนนำนักเรียน ตามโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน ตำบลลิดล วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖ นั้น

บันทึกกิจกรรมการประชุม/อบรมดังกล่าวได้เสร็จสิ้นแล้ว ดังนั้นจึงเห็นสมควรเบิกจ่ายเงินให้ต่อไป ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ วรรคสาม แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๙๙๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ข้อ ๑(๑) เรื่องการมอบอำนาจในการอนุมัติการเบิกจ่ายเงินบำรุงให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ มีอำนาจในการพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในวงเงินครั้งหนึ่งไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐.-บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน)

ดังนั้นจึงขออนุมัติเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการจัดประชุม/อบรม ตามโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน ตำบลลิดล จากเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล รายละเอียดดังนี้

- กลุ่มเป้าหมาย : แกนนำนักเรียนชั้นประถมศึกษา จำนวน ๓๐ คน  
 สถานที่ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล ใช้งบประมาณ ดังนี้
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มผู้เข้าอบรม จำนวน ๓๐คน X ๓๕บาท X ๒มือ เป็นเงิน ๒,๑๐๐.- บาท
  - ค่าอาหารกลางวันผู้เข้าอบรม จำนวน ๓๐คน X ๗๕บาท X ๑มือ เป็นเงิน ๒,๒๕๐.- บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๓๕๐ บาท (สี่พันสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

49909819/4950

(นางชาลิษา เจ๊ะแว)  
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล  
 - เห็นควรพิจารณาอนุมัติ  
 (นางพิมพ์ สุขโช)

อนุมัติ  
 (นางสปีน๊ะ มะเจ๊ะ)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล

นางสาวชุตริยา หะยิกอเดร์  
260 ถนนผังเมือง 4 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000

โทร 092-508-4955

ใบเสร็จรับเงิน

DELIVERY BILLS

เล่มที่ 3

Book No.

เลขที่ 5

Bill No.

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1959900454626

Tax Identification


วันที่ 29 พ.ค. 2566


Date

นามลูกค้า  
ที่อยู่

รพ.สต.ลิตล

ม.1 ต. ลิตล อ.เมือง จ.ยะลา 95000

จำนวน Quantity	รายการ/Particulars	หน่วยละ	จำนวนเงิน/Amount	
		Unit	บาท/Baht	สต./Stg
	รายการตามใบส่งของเล่มที่ 2 เลขที่ 7  <b>จ่ายเงินแล้ว</b>  (นางพิมพ์ สุโข) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	-	4,350	-
	สิ้นสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน	รวมเงิน	4,350	-

ผู้รับเงิน..... 



นางสาวชุศรียา หะยีกอเคอร์  
 260 ถนนผังเมือง 4 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000  
 โทร 092-508-4955

ใบส่งของ

DELIVERY BILLS

เล่มที่ 2

Book No.

เลขที่ 7

Bill No.

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1959900454626

Tax Identification

วันที่ 24-พ.ค.-66

Date

นามลูกค้า รพ.สศ.ลิตล  
 ที่อยู่ หมู่ 1 ต. ลิตล อ.เมือง จ.ยะลา 95000

จำนวน Quantity	รายการ/Particulars	หน่วยละ	จำนวนเงิน/Amount	
		Unit	บาท/Baht	สต./Stg
	การอบรมโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัย เรียน ตำบลลิตล วันที่ 24 พฤษภาคม 2566 ณ ห้องประชุม รพ.สศ.ลิตล รายละเอียดดังนี้			
30 คน	- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม X 2 มื้อ	35	2,100	-
30 คน	- ค่าอาหารกลางวัน X 1 มื้อ	75	2,250	-
	<b>สิ้นสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน</b>	<b>รวมเงิน</b>	<b>4,350</b>	<b>-</b>

ผู้รับของ ✓

Received By

ผู้ส่งของ 

Delivered By

ทะเบียนผู้เข้าอบรมแกนนำนักเรียนส่งเสริมทัศนสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

โครงการส่งเสริมทัศนสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน ตำบลลิดล

วันที่ 24 พฤษภาคม 2566 เวลา 08.30 น. - 16.30 น. ณ ห้องประชุมรพ.สต.ลิดล

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ (เวลา 08.30 น. - 16.30 น.)
1	อช สุทธิ มานณี	โรงเรียนบ้านบุรินทร์	อช สุทธิ มานณี
2	นุร อิศลิน ชูโช:	โรงเรียนบ้านบุรินทร์	นุรวัลลีน
3	อาหัล อ.แอต	โรงเรียนบ้านบุรินทร์	อาหัล อ.แอต
4	หาเต็ย ทชอ	โรงเรียนบ้านบุรินทร์	หาเต็ย ทชอ
5	อิกอ้ม ตี้ก	โรงเรียนบ้านบุรินทร์	อิลอ้ม ตี้ก
6	มูทนต์ ธิยา	โรงเรียนบ้านบุรินทร์	มาหมัด ธิยา
7	ปฏิกม อ้นนตรี	โรงเรียนบ้านบุรินทร์	ปฏิกม อ้นนตรี
8	ด.ญ. ชูรอรันต์ งาม	โรงเรียนบ้านบาตัน	ชูรอรันต์ งาม
9	ด.ญ. วิธาม จะประสิทธิ์	โรงเรียนบ้านบาตัน	วิธาม
10	ด.ญ. ฉาทิพย์ นอเกาะ	โรงเรียนบ้านบาตัน	ฉาทิพย์ นอเกาะ
11	ด.ญ. ชอฝ้าย เกียรติกานต์	โรงเรียนบ้านบาตัน	ชอฝ้าย เกียรติกานต์
12	ด.ญ. นุชา สดทา	โรงเรียนบ้านบาตัน	นุชา สดทา
13	ด.ช. อีร์มาน งาม	โรงเรียนบ้านบาตัน	อีร์มาน งาม
14	ด.ช. เคฟรี่ กุโน	โรงเรียนบ้านบาตัน	เคฟรี่ กุโน
15	ด.ญ. วิธาม ชูโช	โรงเรียนบ้านตาโละ	วิธาม ชูโช
16	ด.ญ. ชานาภา อ้ออึ้ง	โรงเรียนบ้านตาโละ	ชานาภา

ทะเบียนผู้เข้าอบรมแกนนำนักเรียนส่งเสริมทัศนศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา

โครงการส่งเสริมทัศนศึกษาเด็กปฐมวัยและวัยเรียน ตำบลลิดล

วันที่ 24 พฤษภาคม 2566 เวลา 08.30 น. - 16.30 น. ณ ห้องประชุมรพ.สต.ลิดล

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ (เวลา 08.30 น. - 16.30 น.)
17	ก.ญ. ซอฬร ณะนะ	โรงเรียนบ้านตาโละ	ก.ญ. ซอฬร ณะนะ
18	ด.ญ. ศาวิตต์ ใจขวง	โรงเรียนบ้านตาโละ	ศาวิตต์
19	ด.ญ. ปิ่นมิลดา มงเ่ง	โรงเรียนบ้านตาโละ	ปิ่นมิลดา มงเ่ง
20	ด.ญ. สุวิภา มนต์คุ้ม	โรงเรียนบ้านตาโละ	สุวิภา มนต์คุ้ม
21	ด.ญ. อัสมา อีเฮง	โรงเรียนบ้านตาโละ	อัสมา อีเฮง
22	ช.ญ. วิยะห์ ภาขง	โรงเรียนประทีปวิทยา	ช.ญ. วิยะห์ ภาขง
23	อ.ญ. ฟ้าฟ อนุ	โรงเรียนประทีปวิทยา	อ.ญ. ฟ้าฟ อนุ
24	อ.ญ. อมลา ทาเช็กมาแฉ	โรงเรียนประทีปวิทยา	อมลา น.ยี่สะขะ:๖๖๐
25	น.ญ. ฟาซียาห์ นากา	โรงเรียนประทีปวิทยา	ฟาซียะห์ นากา
26	น.ญ. นุรกีลา มุลา	โรงเรียนประทีปวิทยา	นุรกีลา มุลา
27	น.ญ. ฮาฟีฟา สามีแฉ	โรงเรียนประทีปวิทยา	ฮาฟีฟา สามีแฉ
28	น.ญ. นุรอฮาฟีฟาห์ ลีอร	โรงเรียนประทีปวิทยา	นุรอฮาฟีฟาห์ ลีอร
29	น.ญ. ต่วนอัยนีห์ ต่วนทัก	โรงเรียนประทีปวิทยา	ต่วนอัยนีห์ ต่วนทัก
30	น.ญ. นัรมิน กาง	โรงเรียนประทีปวิทยา	นัรมิน กาง





รพ.ทอ ๑๑๑ ๐๗๑๒๐ / ๒๕๖๖

วันที่ 11 / ๕ / ๖๖

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล
เลขที่รับ..... 1๖๐
วันที่..... 1๐ เม.ย ๖๖

### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โทร ๐ ๗๓๓๗ ๖๗๔๐  
 ที่ ยล ๐๑๓๓.๑/๔/๒๕๖๖ วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าจัดซื้อวัสดุอุดฟันชนิด Glass Ionomer Cement

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล

๑๕๐/๖๖  
 บจ.....  
 ราคาสินค้า 26822.49  
 ค่าเพิ่มค่าเพิ่ม 7% 1897.57  
 ได้รายงาน 28900  
 รวมทั้งสิ้น 268.22  
 ภาษีหัก ณ ที่จ่าย 1% 2827.78  
 ภาษีหัก ณ ที่จ่ายจริง 11  
 11 เม ๒๕๖๖

ตามบันทึกข้อความ ที่ ยล ๐๑๓๓.๑/๔/๑๕๐ ลงวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๖ มีนาคม ๒๕๖๖  
 ผลการพิจารณา และอนุมัติให้จัดซื้อวัสดุอุดฟันชนิด Glass Ionomer Cement โดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน  
 ๑ รายการ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๒๘,๗๐๐ บาท (สองหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการ/กรรมการ ได้ทำการตรวจรับวัสดุ ดังกล่าว ไว้เป็นการถูกต้องและครบถ้วนแล้ว  
 จึงเห็นสมควรเบิกจ่ายเงินให้ต่อไป ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ วรรคสาม แห่งระเบียบกฤษฎีกาว่า  
 ราชการ ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๑ ประกอบกับคำสั่ง  
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๔๔๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ข้อ ๑ (๑) เรื่องการมอบ  
 อำนาจในการอนุมัติการเบิกจ่ายเงินบำรุงให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการ  
 สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ มีอำนาจในการพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวง  
 สาธารณสุข ในวงเงินครั้งหนึ่งไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐.-บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขออนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าจัดซื้อวัสดุอุดฟันชนิด Glass Ionomer Cement รวมเป็น  
 เงินทั้งสิ้น ๒๘,๗๐๐ บาท (สองหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) จากเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
 ลิดล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

๑๑๑ ๐๗๑๒๐ / ๑๕๐  
 วันที่ 1๑ / ๕ / ๖๖

(นางชาลิษา เจ๊ะแหว)  
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ทำหน้าที่  
 เป็นเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล  
 - เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

(นางพิมพ์ สุขโช)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ทำหน้าที่  
 เป็นเจ้าหน้าที่  
 ๑/๑/๑ 10 เม.ย. 2566

### อนุมัติ

(นางศปีษะ งามเรีย)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิดล  
 10 เม.ย. 2566

บริษัท แอคคอร์ค คอร์ปอเรชั่น จำกัด  
สำนักงานใหญ่ : เลขที่ 2555 อาคาร 66 ทาวเวอร์ ชั้น 15 ศูนย์ 1502-1507 ถนนสุขุมวิท แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260  
โทร. 0-2119-4900 แฟกซ์ 0-2288-0683  
สาขาที่ 0001 : เลขที่ 333/20 โครงการ TP 8 ห้องเลขที่ TP 8-20 หมู่ 6 ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10640  
ส่งสินค้าทาง E-mail ได้ที่ accordsales@accordhenryschein.com  
หรือฝากข้อความถึงบริษัท ได้ที่ DL-TH-CustomerService@accordhenryschein.com  
www.accordhenryschein.com  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105520012376

ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน (ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)  
ORIGINAL RECEIPT

เอกสารออกเป็นชุด



เลขที่ No.	IV2303101765	Page 1/1
วันที่ Date	11 เม.ย. 2566	

ผู้ซื้อ Sold-to Customer	สถานที่จัดส่ง Ship-to Address
12976 - โรงพยาบาลต่งเสริมสุขภาพตำบลถิลด หมู่ 1 ต.ถิลด อ.เมือง จ.ยะลา 95160 โทร 080-867-8364	โรงพยาบาลต่งเสริมสุขภาพตำบลถิลด (GP) หมู่ 1 ต.ถิลด อ.เมือง จ.ยะลา 95160 [U05063 : จังหวัดยะลา 03/23]

รายการ Description	จำนวน Qty.	ราคาต่อหน่วย Unit price	จำนวนเงิน Amounts
1. วัสดุอุปกรณ์กลาสไอโอโนเมอร์ Equia forte	7 กล่อง	4,100.00	28,700.00
			28,700.00

จ่ายเงินแล้ว

*[Signature]*  
(นางพิมพ์ สุทธิ)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

DO2303102314

(สองหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)			รวมมูลค่าสินค้า / Total	26,822.43
Sale Order No.	พณ. ขาย Salesman	กำหนดชำระเงิน Due Date	ภาษีมูลค่าเพิ่ม / VAT 7%	1,877.57
SO2303101677	ชนสัมพันธ์ กิตติประภานัน Sales ชนสัมพันธ์ กิตติประภานัน 07		รวมเงินสุทธิ / Net Amount	28,700.00

ในนาม บริษัท แอคคอร์ค คอร์ปอเรชั่น จำกัด <i>[Signature]</i> ผู้รับมอบอำนาจ Authorized Signature	ส่งโดย IEL ลงวันที่	ผู้รับของ / วันที่ Received / Date	ผู้รับวางบิล / วันที่ Received Bill / Date	ได้รับเงินวันที่..... เช็คธนาคาร..... <i>[Signature]</i> ลายชื่อผู้รับเงิน Collector
--	---------------------------	---------------------------------------	---	--

ช่องทางชำระเงิน : 1. โอนเงินหรือชำระเงินด้วยบัตรเครดิต ผ่านลิงค์ 2C2P หรือ QR CODE ที่บริษัทฯ จัดส่งให้  
2. โอนเงิน ธนาคารกสิกรไทย เลขที่บัญชี 011-1-11493-5 โดยแจ้งรหัสบริษัท 40450 และรหัสลูกค้า 5 หลักตามหน้าบิล  
3. ชำระเงินโดยเช็คขีดคร่อมในนาม บริษัท แอคคอร์ค คอร์ปอเรชั่น จำกัด  
• ใบเสร็จฉบับนี้จะสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินเข้าบัญชีบริษัทฯ เรียบร้อย

ส่งสินค้าพร้อมการวางบิล

หากสินค้าหรือราคาไม่ถูกต้อง โปรดแจ้งแผนกคลังสินค้า 02-119-4910 ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับสินค้า



บริษัท แอคคอร์ค คอร์ปอเรชั่น จำกัด

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 2556 อาคาร 66 ซอยวิชัย 15 ซอย 1502-1507 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10260

โทร. 0-2119-4900 แฟกซ์ 0-2288-0683

สาขาที่ 00001 เลขที่ 333/20 โครงการ TP 8 ซอยวิภาวดีรังสิต 8-20 หมู่ 6 ตำบลบางเขน อำเภอบางเขน จังหวัดนนทบุรี โทร. 0-2561-10540

ส่งสินค้าทาง E-mail ได้ที่ accordsales@accordhenryschein.com

หรือหากข้อความถึงบริษัท ได้ที่ DL-TH-CustomerService@accordhenryschein.com

www.accordhenryschein.com

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105520012376

ต้นฉบับใบกำกับภาษี/ต้นฉบับใบส่งของ/ต้นฉบับใบแจ้งหนี้  
ORIGINAL TAX INVOICE/ORIGINAL DELIVERY ORDER/ORIGINAL INVOICE

เอกสารออกเป็นชุด



เลขที่ No.	IV2303101765	Page 1
วันที่ Date	24 มี.ค. 2566	

ผู้ซื้อ Sold - to Customer	สถานที่จัดส่ง Ship - to Address
1978 - โรงพยาบาล สหวิมลสุขภาพวัฒนาบดินทอ หมู่ 1 ต.บดินทอ เมือง นนทบุรี 95160 โทร 080-867-8364	โรงพยาบาล สหวิมลสุขภาพวัฒนาบดินทอ (GP) หมู่ 1 ต.บดินทอ เมือง นนทบุรี 95160 (U05063 : จังหวัดนนทบุรี 23)

รายการ Description	จำนวน Qty.	ราคาต่อหน่วย Unit price	จำนวนเงิน Amounts
--------------------	------------	-------------------------	-------------------

1. วิตามินฟอสฟอรัสไอโอโนเมอร์ Equa forte	7 กล่อง	4,100.00	28,700.00
			28,700.00

DO2303102314

(สองหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบเจ็ดบาทถ้วน)			รวมมูลค่าสินค้า / Total	26,822.43
Sale Order No.	พณ. นาย Salesman	กำหนดชำระเงิน Due Date	ภาษีมูลค่าเพิ่ม / VAT 7%	1,877.57
SO2303101677	ชนสัมพันธ์ กิตติประภาน Sales ชนสัมพันธ์ กิตติประภาน 107		รวมเงินสุทธิ / Net Amount	28,700.00

ในนาม บริษัท แอคคอร์ค คอร์ปอเรชั่น จำกัด  ผู้รับมอบอำนาจ Authorized Signature	ส่งโดย IEL ลงวันที่ 24 มี.ค. 2566	รับทราบ 24 มี.ค. 2566 ผู้รับของ / วันที่ Received / Date	ผู้รับวางบิล / วันที่ Received Bill / Date	ได้รับเงินวันที่..... เช็คธนาคาร..... ลายชื่อผู้รับเงิน Collector
--	--------------------------------------	---	--	---

หากสินค้าหรือราคาไม่ถูกต้อง โปรดแจ้งแผนกคลังสินค้า 02-119-4910 ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับสินค้า

สินค้าตามใบส่งของนี้ หากมีการตรวจหรือราคาตก นอกเหนือจากการคิด โบนัสซึ่งแจ้งเจ้าหน้าที่บริษัทฯ ภายใน 7 วัน คิดต่อ 02-119-4999 มิฉะนั้นบริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบความเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น  
บริษัทฯ จะไม่เปลี่ยนหรือรับคืนสินค้าภายใน 7 วัน นับจากวันที่รับสินค้า มิฉะนั้นบริษัทฯ จะไม่รับเปลี่ยนหรือรับคืนสินค้า  
บัญชีค้างเงินค่าขนส่งจะถูกคิดดอกเบี้ยในอัตรา 1.5% ต่อเดือน หรือดอกเบี้ยตามที่ธนาคารกำหนด บริษัท แอคคอร์ค คอร์ปอเรชั่น จำกัด ยังมีการลงชื่อและประทับตราของสินค้า ที่ระบุไว้ข้างบนนี้อย่างสมบูรณ์กว่าผู้ซื้อ  
จะชำระราคาสินค้า ที่วางไว้กับ บริษัท แอคคอร์ค คอร์ปอเรชั่น จำกัด จนครบถ้วน บริษัท accorde corporation จำกัด โทร 02-119-4900