



บันทึกข้อความ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองปัตตานี
 เลขที่รับ..... ๑๕๙๘/๒๕๖๖
 วันที่..... ๑๓ ก.ค. ๒๕๖๖
 เวลา..... ๑๕ - ๑๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี โทร. ๐๗๓-๔๑๔๔๑๗
 ที่ ปน ๐๑๓๓.๑/๖๓๗ วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินโครงการฯ

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองปัตตานี

๑. เรื่องเดิม

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ได้รับอนุมัติตามโครงการการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในโรกระบบทางเดินอาหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวนงบประมาณ ๓๕,๔๔๐ บาท และระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๘ - ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖ นั้น

๒. ข้อเท็จจริง

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ขออนุมัติเบิกงบประมาณตามโครงการฯ ดังกล่าว โดยมีรายละเอียดกิจกรรมและค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

๒.๑ จัดประชุมชี้แจงและประชาสัมพันธ์กิจกรรมโครงการเพื่อสำรวจค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการในโรกระบบทางเดินอาหาร และการดำเนินตามโครงการฯ ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ ๘ - ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ค่าใช้จ่ายประกอบด้วย

- ค่าอาหารกลางวัน จนท.

จำนวน ๕ คน X ๕๐ บาท X ๑ มื้อ X ๔ วัน เป็นเงิน ๑,๐๐๐ บาท

- ค่าอาหารผู้เข้าอบรม

จำนวน ๔๐ คน X ๕๐ บาท X ๑ มื้อ X ๒ วัน เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จนท.

จำนวน ๕ คน X ๓๕ บาท X ๒ มื้อ X ๔ วัน เป็นเงิน ๑,๔๐๐ บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มผู้เข้าอบรม

จำนวน ๔๐ คน X ๓๕ บาท X ๒ มื้อ X ๒ วัน เป็นเงิน ๕,๖๐๐ บาท

- ค่าวิทยากร ๖ ชม. X ๖๐๐ บาท X ๒ วัน เป็นเงิน ๗,๒๐๐ บาท

รวมค่าใช้จ่าย เป็นเงิน ๑๙,๒๐๐ บาท

๓. ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

เห็นควรพิจารณาอนุมัติ เบิกค่าใช้จ่ายตามกิจกรรมการดำเนินงาน ตามโครงการฯ ดังกล่าว เป็นเงินทั้งสิ้น ๑๙,๒๐๐ บาท (เงินหนึ่งหมื่นเก้าพันสองร้อยบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายวันมุขอำมตรุสดี เจาะอาแว)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา

ได้รับ. ส่ง. 1๖๖๖/๒๕๖๖
 - 1๖๖๖/๒๕๖๖
 - พ. ๓๓ บาท
 ๒๐๑๕ 1๓๓ ๒๕๖๖

๑๕๖๖
 (นางอุษา เนญจลักษณ์)
 สาธารณสุขอำเภอเมืองปัตตานี

๑๔ ๐๑.๖๖

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา

วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า นางมรรณา แสงมาลี

อยู่บ้านเลขที่ 135/61 ม. หงษ์กลี ๓. อ. นาทวี อ. เมืองปัตตานี จ. ปัตตานี

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 25 คน 30 นาที 2 มื้อ	1,750
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 25 คน 50 นาที	1,250
ตัวอักษร สามพันบาทถ้วน	- 3,000 -

ลงชื่อ (นางมรรณา แสงมาลี) ผู้รับเงิน

ลงชื่อ (นางมรรณา แสงมาลี) ผู้จ่ายเงิน

