

แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม

ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุน

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

โครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver)

เลขที่บันทึกบัญชี..... 6186

ใบสำคัญจ่าย

วันที่ 24 ก.ย. 2563  
จ่ายให้ นางสาวพัศร์ เพ็ชรราการ

เงินสด

เช็คเลขที่ .....

เลขที่บัญชี 034-2-43017-9

เลขที่ฎีกา.....

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน
ใบสำคัญล่างหนี้เงินยืมเลขที่ 23/2563 โครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) 25-31 สค 63		
1	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม	3,000.00
2	ค่าอาหารกลางวัน	3,000.00
3	ค่าตอบแทนวิทยากร	6,000.00
4	ค่าเบี้ยเลี้ยงภาคปฏิบัติ	1,080.00
<p style="text-align: center;"><b>จ่ายเงินแล้ว</b></p> <p style="text-align: center;"><b>สำเนาถูกต้อง</b></p> <p style="text-align: center;">(นางนิตยา สุวรรณ)</p> <p style="text-align: center;">ผู้อำนวยการการเงินและบัญชี</p> <p style="text-align: center;">24 ก.ย. 2563</p> <p style="text-align: center;">(นางนิตยา สุวรรณ)</p> <p style="text-align: center;">ผู้อำนวยการการเงินและบัญชี</p>		
<p>ยืมเงิน 15,600 บาท</p> <p>คชจ.จริง 13,080 บาท</p> <p>คืนเงิน 2,520 บาท</p>		
หนึ่งหมื่นสามพันแปดสิบบาทถ้วน		รวม 13,080.00
เลขที่บัญชี	รายการบันทึกบัญชี	เดบิต
	ค่าใช้จ่ายโครงการ	13,080.00
	เงินสด	2,520.00
	ลูกหนี้เงินยืม	15,600.00
	บันทึกรายการ เบิกจ่ายเงินโครงการ Care giver	
	รวม	15,600.00
		เครดิต 15,600.00

ผู้จัดทำใบสำคัญจ่าย

ผู้ตรวจสอบ

ผู้อนุมัติรายการ

ผู้บันทึกบัญชี



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลบางกล้า โทร ๐ ๗๔๓๒ ๘๒๒๒ ต่อ ๒๔

ที่ สข ๐๐๓๒.๓๐๑/๑๒/๑๗๒๙

วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทนวิทยากร โครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล้า

ด้วย โรงพยาบาลบางกล้า ขอดำเนินงานตามโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ระยะเวลาดำเนินการ ธันวาคม ๒๕๖๒ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ งบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลบางกล้า เป็นจำนวนเงิน ๑๖,๐๕๐ บาท (เงินหนึ่งหมื่นหกพันห้าสิบบาทถ้วน) นั้น

การดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขออนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทนวิทยากร รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๖,๐๐๐ บาท (เงินหกพันบาทถ้วน) โดยเบิกจ่ายจากเงินบำรุงโรงพยาบาลบางกล้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

**สำเนาถูกต้อง**

(นางนิตยา สุวรรณ)

ผู้อำนวยการการเงินและบัญชี

(นางนิตยา สุวรรณ)

ผู้อำนวยการการเงินและบัญชี

(นายอุเสิน ชื่นอารมณ)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

อนุมัติ

(นายสุริยะ สุพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล้า



ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม

โรงพยาบาลตากฟ้า

โครงการ / หลักสูตร

ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver)

วันที่ ๑๖ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า นางสาว รัตนา

สิงห์

อยู่บ้านเลขที่ ๑๔๐ ซ. ๑๓ (วัดท่าเกวียน)

ตำบล/แขวง

หาดใหญ่

อำเภอ/เขต

ตากฟ้า

จังหวัด

สงขลา

ได้รับเงินจาก

โรงพยาบาลตากฟ้า

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
๑๖ สิงหาคม ๖๓ ✓		
- งบค่าตอบแทนผู้สำเร็จการศึกษา ๑๑ คน - ๖๐๐ บาท/คน	๖๐๐	-
๑๐๓ ๘.๓๐ - ๑๐.๐๐ น. (๑.๕ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท) ✓	๙๐๐	-
- งบค่าตอบแทนผู้สำเร็จการศึกษา ๑๑ คน - ๑๒๐๐ บาท/คน	๑๒๐๐	-
๑๐๓ ๑๐.๑๐ - ๑๑.๐๐ น. (๑ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท) ✓	๖๐๐	-
๑๗ สิงหาคม ๖๓ ✓		
- งบค่าตอบแทนผู้สำเร็จการศึกษา ๑๑ คน - ๖๐๐ บาท/คน	๖๐๐	-
๑๐๓ ๑๑.๐๐ - ๑๑.๕๐ น. (๑ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท) ✓	๖๐๐	-
- งบค่าตอบแทนผู้สำเร็จการศึกษา ๑๑ คน - ๓๐๐ บาท/คน	๓๐๐	-
๑๐๓ ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. (๑ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท) ✓	๖๐๐	-
- งบค่าตอบแทนผู้สำเร็จการศึกษา ๑๑ คน - ๓๖๐๐ บาท	๓๖๐๐	-
๑๐๓ ๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. (๐.๕ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท) บาท		

สำเนาถูกต้อง

จำนวนเงิน (สามพันหกพันบาทถ้วน)

(นางนิตยา สุวรรณ)

(ลงชื่อ)

ผู้รับเงิน

ผู้อำนวยการการเงินและบัญชี

ผู้อำนวยการการเงินและบัญชี

๒๔ ก.ย. ๒๕๖๓

(ลงชื่อ)

ผู้จ่ายเงิน





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 9098 01031 56 1  
Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. ขวัญใจ สังข์ศิริ



Name Miss Khwanjai

Last Name Sangsiri

เกิดวันที่ 26 ก.พ. 2508

Date of Birth 26 Feb. 1965

ศาสนา พุทธ

ที่อยู 140 ซ.13(รัตนอุทิศ) ต.พาดใหญ่ อ.พาดใหญ่ จ.สงขลา

11 ก.พ. 2557

วันออกบัตร

11 Feb. 2014

Date of Issue



เจ้าพนักงานเอกสาร

26 ก.พ. 2566

วันบัตรหมดอายุ

26 Feb. 2022

Date of Expiry



9014-01-02110936

*Handwritten signature: ขวัญใจ สังข์ศิริ*

สำเนาถูกต้อง

*Handwritten signature*

(นางนิตยา สุวรรณ)

เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี

# สำเนา

ที่ สข.๐๐๓๒.๓๐๔/๑๒/๑๓๕๔

โรงพยาบาลบางกล้า  
อำเภอบางกล้า จังหวัดสงขลา  
๙๐๑๑๐

๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอสันับสนุนวิทยากร

เรียน ผอ.รพ.สต.บางกล้า

ด้วยโรงพยาบาลบางกล้า จังหวัดสงขลา ได้จัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอบางกล้า

ในการนี้โรงพยาบาลบางกล้าจึงขอสันับสนุนวิทยากรจากหน่วยงานของท่านคือ นส.ขวัญใจ สังข์ศิริ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เพื่อร่วมให้ความรู้แก่ผู้เข้าอบรม รายละเอียดตามตารางแนบ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นางสุริยะ สุพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล้า

**สำเนาถูกต้อง**



(นางนิตยา สุวรรณ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว

โทร ๐๗๔ ๓๒๘๒๒๒ ต่อ ๑๙

โทรสาร ๐๗๔ ๓๒๘๒๒๓

.....ร่าง/พิมพ์  
.....ตรวจทาน



ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม โรงพยาบาลตาก

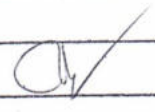

โครงการ / หลักสูตร อบรมผู้แทนกลุ่มสุขภาพ (Care giver)

วันที่ ๒๗ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า น.ส. อรติชา แซ่หลี่ อยู่บ้านเลขที่ ๒๖๗ ถ. ๙

ตำบล/แขวง ไทพูน อำเภอ/เขต บางเหนือ จังหวัด ตาก

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลตาก ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓	
ค่าตอบแทนวิทยากรจัดสัมมนาที่โรงพยาบาลตาก: กลุ่ม กค: ทางที่ตบวงศสัมพันธ์ในพื้นที่ยานักวิชาการที่ตาก วันที่ ๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. (๒ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท = ๑๒๐๐ บาท)	1200
<b>จ่ายเงินแล้ว</b>	<b>สำเนาถูกต้อง</b>
	
(นางนิตยา สุวรรณ)	(นางนิตยา สุวรรณ)
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี	เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี
บาท	1200

24 ก.ย. 2563

จำนวนเงิน ( หนึ่งพันสองร้อย บาทถ้วน )

(ลงชื่อ) อรติชา แซ่หลี่ ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ)  ผู้จ่ายเงิน



แบบตอบรับการเป็นวิทยากร

การจัดฝึกอบรมหลักสูตร " อบรมผู้ตกคณิศร (Case giver) "

ระหว่างวันที่ 25-27 กุมภาพันธ์ 2563

ณ ห้อง ประชุมโสตทัศนศึกษา

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อรุจิรา ไกร ตำแหน่ง นักพัฒนาศึกษา

ที่อยู่ 167 ม. ไร่เกลือ อ. ดงนาหวาย จ. ลำปาง

โทรศัพท์ โทรสาร มือถือ

มีความยินดีเป็นวิทยากรในการจัดการจัดฝึกอบรมหลักสูตร " ผู้ตกคณิศร "

หัวข้อ การจัดสภาพแวดล้อมการทำงาน สัมมนา การแก้ไขปัญหาหนี้สิน ใน พ.ศ. ๒๕๖๓

กิจกรรม บรรยาย และ ฝึกปฏิบัติ 2 ชั่วโมง

วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 14.00 - 15.00 น.

ณ ห้อง ประชุมโสตทัศนศึกษา

ลงชื่อ อรุจิรา ไกร

( นางสาว อรุจิรา ไกร )

วันที่ 27 ก.พ. 63

สำเนาถูกต้อง

(นางนิตยา สุวรรณ)

ผู้อำนวยการเงินและบัญชี

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 1 9001 01186 74 6  
 Identification Number

**ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. อรจิรา แซ่หลี**  
 Name Miss Onjira  
 Last name Saelee

**เกิดวันที่ 15 ม.ค. 2541**  
 Date of Birth 15 Jan. 1998

**ศาสนา พุทธ**  
 ศาสนาพุทธ

**ที่อยู 187 หมู่ที่ 7 ต.วัดญาติ อ.ควนเนียง**  
 จ.สงขลา  
 7 เม.ย. 2560  
 วันสงปฎิ  
 7 Apr. 2017  
 Date of Issue

**14 ม.ค. 2569**  
 วันบัตรหมดอายุ  
 14 Jan. 2026  
 Date of Expiry

9013-02-04071311

**สำเนาถูกต้อง**



(นางนิตยา สุวรรณ)

ผู้อำนวยการงานการเงินและบัญชี

น.ส. อรจิรา แซ่หลี

# สำเนา

ที่ สข.๐๐๓๒.๓๐๔/๑๒/ ๑๓๕๕

โรงพยาบาลบางกล้า  
อำเภอบางกล้า จังหวัดสงขลา  
๙๐๑๑๐

๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอสับสนุนวิทยากร

เรียน คุณอรจิรา แซ่หลี่

ด้วยโรงพยาบาลบางกล้า จังหวัดสงขลา ได้จัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอบางกล้า

ในการนี้ โรงพยาบาลบางกล้า จึงขอเชิญท่านเป็นวิทยากรเพื่อร่วมให้ความรู้แก่ผู้เข้าอบรม ในหัวข้อ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและการทำกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง รายละเอียดตามตาราง

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นางสุริยะ สุธงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล้า

## สำเนาถูกต้อง



(นางนิตยา สุวรรณ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว

โทร ๐๗๔ ๓๒๘๒๒๒ ต่อ ๑๙

โทรสาร ๐๗๔ ๓๒๘๒๒๓

.....ร่าง/พิมพ์  
.....ตรวจทาน



## ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม ..... วิทยาลัยเทคนิคหาดใหญ่

โครงการ / หลักสูตร ..... อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver)

วันที่ ๒๖ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า ..... นายสุวิทย์ งามชื่น ..... อยู่บ้านเลขที่ ๑๘๖/๑๕ ม.๑

ตำบล/แขวง ..... ต.อ.หาดใหญ่ ..... อำเภอ/เขต ..... เขตเทศบาลเมืองหาดใหญ่ ..... จังหวัด ..... สงขลา

ได้รับเงินจาก ..... วิทยาลัยเทคนิคหาดใหญ่ ..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
๒๖ กันยายน ๒๕๖๓		
มอบหมายให้ไป บำบัดน้ำเสียทางบ้านชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖	1200	-
ใช้สายยาง เวลา 14.10 - 16.10 น.		
1 (๒ สายยาง x 600 มม. = 1200 มม.)		
<b>สำเนาถูกต้อง</b>		
<b>จ่ายเงินแล้ว</b>		
	(นางนิลฉยา สุวรรณ)	
	เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี	
(นางนิลฉยา สุวรรณ)	บาท	1200 / -

เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี

24 ก.ย. 2563

จำนวนเงิน (หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ) ..... นายสุวิทย์ งามชื่น ..... ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ) ..... [Signature] ..... ผู้จ่ายเงิน

แบบตอบรับการเป็นวิทยากร  
การจัดฝึกอบรมหลักสูตร " อบรมเชิงปฏิบัติการ (Care giver) "  
ระหว่างวันที่ ๑๕-๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓  
ณ ห้อง ประชุมโรงพยาบาลตากฟ้า


ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ศุภกมล ชุมสิน ตำแหน่ง แพทยรังสีวิทยา  
ที่อยู่ 186/15 หมู่ ๓ ต.ต.น. อ.ตากฟ้า จ.สิงห์บุรี  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....  
มีความยินดีเป็นวิทยากรในการจัดการจัดฝึกอบรมหลักสูตร " เชิงปฏิบัติการ (Care giver) "  
หัวข้อ การฝึกปฏิบัติหัตถการทางทันตกรรม  
กิจกรรม ฟังบรรยายพร้อมสาธิต และ ฝึกปฏิบัติหัตถการ  
วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เวลา 14:10 - 16:10 น.  
ณ ห้อง ประชุมโรงพยาบาลตากฟ้า

ลงชื่อ ศุภกมล  
(นาย/นาง/นางสาว ชุมสิน)  
วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

สำเนาถูกต้อง



(นางนิตยา สุวรรณ)  
ผู้อำนวยการงานการเงินและบัญชี


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลข/ตัวบัตรประชาชน Identification Number 1 9098 01012 35 8  
 ชื่อและนามสกุล นาย ศราวุฒิ ภูมรินทร์  
 Name Mr. Sarawut  
 Last Name Pumrin  
 เกิดวันที่ 7 ก.พ. 2539  
 Date of Birth 7 Feb. 1996  
 ที่อยู่ 186/15 หมู่ที่ 1 ต.คลองขี้  
 อ.พาดเมรุ จ.สงขลา  
 7 เม.ย. 2568  
 วันหมดอายุ  
 7 Apr. 2018  
 Date of Expiry  
 (นางนิคยา สุวรรณ)  
 เจ้าหน้าที่การเงิน  
 6 ก.พ. 2567  
 วันบัตรหมดอายุ  
 6 Feb. 2024  
 Date of Expiry  
 9098-02-0-4070920

ข้าพเจ้าทำ  
 ๑๑/๑๑

**สำเนาถูกต้อง**



(นางนิคยา สุวรรณ)  
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี



# สำเนา

ที่ สข.๐๐๓๒.๓๐๔/๑๒/ ๑ กส ๕

โรงพยาบาลบางกล้า  
อำเภอบางกล้า จังหวัดสงขลา  
๙๐๑๑๐

๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอสับสนุนวิทยากร

เรียน ผอ.รพ.สต.ท่าช้าง

ด้วยโรงพยาบาลบางกล้า จังหวัดสงขลา ได้จัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอบางกล้า

ในการนี้ โรงพยาบาลบางกล้าจึงขอสับสนุนวิทยากรจากหน่วยงานของท่าน คือนายศราวุฒิ ภูมิริน แพทย์แผนไทย เพื่อร่วมให้ความรู้แก่ผู้เข้าอบรม รายละเอียดตามตารางแนบ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุริยะ สุพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล้า

## สำเนาถูกต้อง

(นางนิตยา สุวรรณ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว

โทร ๐๗๔ ๓๒๘๒๒๒ ต่อ ๑๙

โทรสาร ๐๗๔ ๓๒๘๒๒๓

.....ร่าง/พิมพ์  
.....ตรวจทาน

ตารางการอบรมโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver)

หลักสูตร ๑๘ ชั่วโมง (กรมอนามัย)

โดย..รพ.บางกล้า อำเภอบางกล้า จังหวัดสงขลา

สนับสนุนโดย. องค์การบริหารส่วนตำบลบางกล้า อำเภอบางกล้า จังหวัดสงขลา

วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๓	รายวิชาการอบรม
๘.๐๐-๘.๓๐น.	ลงทะเบียน
๘.๓๐-๑๐.๐๐น.	ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ(ทฤษฎี ๑.๕ ชั่วโมง) โดย. นางสุพัตร เพ็ชรการ
๑๐.๐๐-๑๐.๑๐	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๑๐-๑๑.๐๐น.	แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (ทฤษฎี ๑ ชั่วโมง) โดย. นางสุพัตร เพ็ชรการ
๑๑.๐๐-๑๒.๐๐น.	โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (กลุ่มโรคเรื้อรัง/อาการ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ ต้องการการดูแลระยะยาว) (ทฤษฎี ๑ ชั่วโมง ) โดย. นางอุไรวรรณ จินตรัตน์
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐-๑๔.๐๐น.	โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (กลุ่มโรคเรื้อรัง/อาการ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ ต้องการการดูแลระยะยาว) (ทฤษฎี ๑ ชั่วโมง ) โดย. นางอุไรวรรณ จินตรัตน์
๑๔.๐๐-๑๔.๑๐น	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๔.๑๐-๑๖.๓๐น.	การจัดการภาวะวิกฤต/ฉุกเฉินเบื้องต้น (ทฤษฎี ๑ ชั่วโมง ปฏิบัติ ๑.๕ ชั่วโมง ) โดย. นางนางอุไรวรรณ จินตรัตน์ (นางนิตยา สุวรรณ)
วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓	รายวิชาการอบรม
๘.๐๐-๘.๓๐น.	ลงทะเบียน
๘.๓๐-๑๐.๐๐น.	การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลระยะยาวเบื้องต้น (ทฤษฎี ๑.๕ ชั่วโมง) โดย. นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ 15
๑๐.๐๐-๑๐.๑๐น	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๑๐-๑๒.๐๐น.	การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากชราภาพ (ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง) โดย. นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ 2
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐-๑๔.๐๐น.	การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากชราภาพ (ปฏิบัติสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ๑ ชั่วโมง) โดย. นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ

สำเนาถูกต้อง



เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

๑๔.๐๐-๑๔.๑๐น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๔.๑๐-๑๖.๓๐น.	ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ(ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง) โดย นายศราวุฒิ ภูมิริน แพทย์แผนไทย รพ.สต.บ้านท่าช้าง

วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๓	รายวิชาการอบรม
๘.๐๐-๘.๓๐น.	ลงทะเบียน
๘.๓๐-๑๐.๐๐น.	สิทธิผู้สูงอายุ (ทฤษฎี ๑.๕ ชั่วโมง) โดย. นางสุพัตร เพ็ชรการ
๑๐.๐๐-๑๐.๑๐น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๑๐-๑๑.๐๐น.	การใช้ยาในผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว (ทฤษฎี ๑ ชั่วโมง) โดย.นางสุพัตร เพ็ชรการ
๑๑.๐๐-๑๒.๐๐น.	การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลระยะยาว (ทฤษฎี ๑ ชั่วโมง ) โดย. นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐-๑๔.๐๐น.	สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ/ การดูแลตนเองเพื่อคลายเครียด (ทฤษฎี ๑ ชั่วโมง) โดย.นางขวัญใจ สังข์ศิริ
๑๔.๐๐-๑๔.๑๐น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๔.๐๐-๑๖.๐๐น.	การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและการทำกายภาพบำบัด ในผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง (ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง) โดย. นางสาว อรจิรา แซ่หลี่
๑๖.๐๐-๑๖.๓๐น.	การใช้แบบบันทึกการปฏิบัติงานของ Care manager(ทฤษฎี ๐.๕ ชั่วโมง) โดย. นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ

สำเนาถูกต้อง



(นางนิตยา สุวรรณ)

เจ้าพนักงานการฝึกและปฏิบัติการ

**หมายเหตุ** หลังอบรมภาคทฤษฎี ๒๑ ชั่วโมง มีการแบ่งกลุ่ม ๓ กลุ่ม ลงปฏิบัติงานจริงในชุมชน กลุ่มละ ๓ วัน โดยแต่ละกลุ่มจะมี Care manager เป็นที่เลี้ยงกลุ่มละ ๑ คน

รายนาม Care manager ที่เลี้ยง

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| ๑. นางสุพัตร เพ็ชรการ     | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.บางกล้า            |
| ๒. นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บางกล้า         |
| ๓. นางอุไรวรรณ จินตวัฒน์  | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการคลินิกชุมชนบ้านโคกเมฆา |





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 9011 00660 33 6  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. อุกัย อระภาค  
Name Miss Aukhail  
Last name Awaphak  
เกิดวันที่ 20 เม.ย. 2509  
Date of Birth 20 Apr. 1966  
ศาสนา พุทธ

ที่สง 91/1 หมู่ที่ 6 ต.บ้านน้อย อ.หาดใหญ่  
จ.สงขลา  
10 ต.ค. 2558  
วันออกบัตร  
10 Aug. 2015  
Date of issue

(นายคุณคุณคุณคุณ)  
เจ้าพนักงานสอบสวน

19 เม.ย. 2567  
วันบัตรหมดอายุ  
19 Apr. 2024  
Date of Expiry

9011-02-08101330

สำเนาถูกต้อง.  
อุกัย อระภาค.  
(น.ส. อุกัย. อระภาค.)

สำเนาถูกต้อง



(นางวิไลยา สุวรรณ)  
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

BORA-8.3-03

ประเทศไทย  
THAILAND

JT2-0915894-42

**บิลเงินสด**  
**CASH SALE**

ช. ส. ต่ำโน แวงอณ  
6 ม. 17 ต. ท่าซิว อ. พนาสัย จ. สุวง

เล่มที่/Book No./本號. 1  
เลขที่/Bill No./單號. 4

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี \_\_\_\_\_

นามลูกค้า/ชื่อ Customer โรงเรียนชาตอพนาลัย วันที่ออก Date 27 ส.ค. 63  
ที่อยู่/住址 Address อ. พนาสัย จ. สุวง

จำนวน Quantity 數量	รายการ/Description/貨名	หน่วยละ Unit Price 備註	จำนวนเงิน Amount 金額
60 รด 9	ค่างหวัดทองวัน 3 รัง (รังที่ 25 - 27 ธันวาคม 2563)  L20Y00Y97	50	3000 -
<b>จ่ายเงินแล้ว</b>			
CW (นางนิตยา สุวรรณ) เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี 24 ก.ย. 2563			
บาท Baht 元	สามพันบาทถ้วน	รวมเงิน Total 共 元	3000 -

ได้รับชำระเป็น  เงินสด  เช็คธนาคาร  
Recieve By Cash Chq. \_\_\_\_\_  
ผู้รับเงิน/Collector ต่ำโน

เลขที่ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
ขอขอบคุณที่ท่านอุดหนุน  
Thank You For Your Kind Attention

**สำเนาถูกต้อง**

CW  
(นางนิตยา สุวรรณ)  
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี




**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 9011 00268 10 0  
 Identification Number

**ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. อัมไพ แสงอรุณ**  
 Name Miss Ampai  
 Last name Saengarun  
 เกิดวันที่ 12 พ.ย. 2510  
 Date of Birth 12 Nov. 1967  
 ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 6 หมู่ที่ 17 ต.ท่าช้าง อ.บางกล้า  
 จ.สงขลา  
 28 พ.ย. 2559  
 วันออกบัตร 28 Nov. 2016  
 Date of Issue

  
 11 พ.ย. 2568  
 วันบัตรหมดอายุ 11 Nov. 2025  
 Date of Expiry

9014-02-11281016



สำเนาถูกต้อง

นาง อัมไพ แสงอรุณ

สำเนาถูกต้อง



(นางนิตยา สุวรรณ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลบางกล้า โทร ๐ ๗๔๓๒ ๘๒๒๒ ต่อ ๒๔

ที่ สข ๐๐๓๒.๓๐๑/๑๒/๑๗๓๗

วันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม โครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
(Care giver)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล้า

ด้วย โรงพยาบาลบางกล้า ขอดำเนินงานตามโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ระยะเวลาดำเนินการ ธันวาคม ๒๕๖๒ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ งบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลบางกล้า เป็นจำนวนเงิน ๑๖,๐๕๐ บาท (เงินหนึ่งหมื่นหกพันห้าสิบบาทถ้วน) นั้น

การดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขออนุมัติเบิกเงินค่าอาหารกลางวัน เป็นจำนวนเงิน ๓,๐๐๐ บาท และค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม เป็นจำนวนเงิน ๓,๐๐๐ บาท รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๖,๐๐๐ บาท (เงินหกพันบาทถ้วน) โดยเบิกจ่ายจากเงินบำรุงโรงพยาบาลบางกล้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

**สำเนาถูกต้อง**

(นางนิตยา สุวรรณ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

(นางนิตยา สุวรรณ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

(นายอุเสิน ชื่นอารมย์)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

อนุมัติ

(นายสุริยะ สุพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล้า





ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	25 สิงหาคม 2563		26 สิงหาคม 2563		27 สิงหาคม 2563		เบอร์โทรศัพท์
			เข้า	บาย	เข้า	บาย	เข้า	บาย	
14	น.ส.ณัฐพร ทองชุม	117 ม.1 ต.บางกล้า	ณัฐพร	ณัฐพร	ณัฐพร	ณัฐพร	ณัฐพร	ณัฐพร	065-0895690
15	น.ส. นภาพร แก้วชานา	117 ม.1 ต.บางกล้า	นภาพร	นภาพร	นภาพร	นภาพร	นภาพร	นภาพร	091-4655927
16	น.ส.เยาวภา พรหมจรรย์	117 ม.1 ต.บางกล้า	เยาวภา	เยาวภา	เยาวภา	เยาวภา	เยาวภา	เยาวภา	090-9517045
17	น.ส.ณัฐพร เกษมทรัพย์	นพ. มากแก้ว							089 0000418
18	น.ส. วิไลศร สิงห์ดี	นพ. สิงห์ มากแก้ว							081-7980782
19	น.ส. วิไลศร สิงห์ดี	ตึกฝึกซ้อมนพ. สิงห์ มากแก้ว							087 3996684
20	น.ส. วิไลศร สิงห์ดี	ตึกฝึกซ้อมนพ. สิงห์ มากแก้ว							

สำเนาถูกต้อง



(นางนิตยา สุวรรณ)  
 เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปและบัญชี



# สำเนา

ที่ สข.๐๐๓๒.๓๐๔/๑๒/๑๓๔๓

โรงพยาบาลบางกล้า  
อำเภอบางกล้า จังหวัดสงขลา  
๙๐๑๑๐

๒ สิงหาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน

ด้วยโรงพยาบาลบางกล้า จังหวัดสงขลา ได้จัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอบางกล้า

ในการนี้ โรงพยาบาลบางกล้า จึงขอเชิญท่านเข้าร่วมอบรมโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) ในระหว่างวันที่ ๒๕-๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ.ห้องประชุมโรงพยาบาลบางกล้า และลงปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลบางกล้า รายละเอียดตามตารางแนบ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุริยะ สุพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล้า

สำเนาถูกต้อง

  
(นางนิตยา สุวรรณ)  
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว  
โทร ๐๗๔ ๓๒๘๒๒๒ ต่อ ๑๙  
โทรสาร ๐๗๔ ๓๒๘๒๒

.....ร่าง/พิมพ์  
.....ตรวจทาน

สัญญาเงินเลขที่..... ๑๖ / ๑๕๖๓ ..... วันที่ ๑๔ ก.ย. ๒๕๖๓ ..... ส่วนที่ ๑  
ชื่อผู้รับ..... นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ ..... จำนวนเงิน ๑๖๐ ๑๕,๖๐๐ ..... แบบ ๙๓๐๘  
บาท จากที่ ก.ย. เพื่งบาท

## ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ที่ทำการ โรงพยาบาล.....

วันที่ ๓๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ตามคำสั่ง/บันทึกที่.....สข ๑๔๓๒/-..... ลงวันที่.....๒๕.....สิงหาคม.....๒๕๖๓.....ได้อนุมัติให้ข้าพเจ้า นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกล้า พร้อมด้วย สัมภาระ เดินทางไปปฏิบัติราชการ เพื่อฝึกปฏิบัติงานให้ความรู้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ในการการดูแลพระยายุผู้สูงอายุ และผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลบางกล้า โดยออกเดินทางจาก ( / ) บ้านพัก ( ) สำนักงาน ( ) ประเทศไทย ตั้งแต่ วันที่ ๒๘ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เวลา ๐๖.๑๕ น.และกลับถึง ( / ) บ้านพัก ( ) สำนักงาน ( ) ประเทศไทย วันที่ ๓๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เวลา ๑๘.๓๐ น.

รวมเวลาไปราชการครั้งนี้ ๓ วัน <sup>2.15</sup> - ชั่วโมง

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ ( ) ข้าพเจ้า ( / ) คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท ก. ๑๒๐ บาท x ๓ วัน/ก x ๑ คน	รวม.....๓๖๐.-บาท
ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท ก. บาท /ก. คน	รวม.....บาท
ค่าเช่าที่พักประเภท.....บาท.....จำนวน..... คืน	รวม.....บาท
ค่าพาหนะ.....	รวม.....บาท
ค่าใช้จ่ายอื่น.....	รวม.....บาท
รวมทั้งสิ้น.....	๓๖๐.....บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร).....เงินสามร้อยหกสิบบาทถ้วน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย จำนวน ๑ ฉบับ  
รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

**สำเนาถูกต้อง**

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน

(นางนิตยา สุวรรณ)

(นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ)

(นางนิตยา สุวรรณ)

ตำแหน่ง ศึกษานิเทศก์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี

24 ก.ย. 2563

ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้	อนุมัติให้จ่ายได้
ลงชื่อ..... (นางนิลยา สุวรรณ)	ลงชื่อ..... (นายสุริยะ สุพงษ์)
ตำแหน่ง..... ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงฉลือ	ตำแหน่ง..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงฉลือ
วันที่..... 24 ธ.ค. 63	วันที่..... 24 ธ.ค. 63

ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน ๓๖๐ บาท (เงินสามร้อยหกสิบบาทถ้วน) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ..... (นางสาววิญใจ สังข์ศิริ)	ผู้รับเงิน	ลงชื่อ..... (นางนิลยา สุวรรณ)	ผู้จ่ายเงิน
ตำแหน่ง..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		ตำแหน่ง..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงฉลือ	
วันที่..... 24 ธ.ค. 63		วันที่..... 24 ธ.ค. 63	
จากเงินอัตรากำลัง..... 22/2563		วันที่..... 24 ธ.ค. 63	

หมายเหตุ

จ่ายเงินแล้ว

(นางนิลยา สุวรรณ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงฉลือ

24 ก.ย. 2563

สำเนาถูกต้อง

(นางนิลยา สุวรรณ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงฉลือ

คำชี้แจง

1. กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นในช่องหมายเหตุ
2. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีที่มีการขี้มเงินให้ระบุวันที่ได้รับเงินอัตรากำลัง เลขที่สัญญาอัตรากำลังและวันที่อนุมัติขี้มเงินด้วย
3. กรณีที่ยื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมีต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ 2)





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกล่ำ โทร ๐-๗๕๓๒-๘๐๓๓

ที่ สข ๑๔๓๒ / -

วันที่ ๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตไปราชการ

เรียน นายอำเภอบางกล่ำ

เรื่องเดิม ด้วย โรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา ได้จัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอบางกล่ำ ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลบางกล่ำ จังหวัดสงขลา และฝึกภาคปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลบางกล่ำ ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ นั้น

ข้อเท็จจริง โรงพยาบาลบางกล่ำ ขอสนับสนุนวิทยากร จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกล่ำ เพื่อให้ความรู้และฝึกภาคปฏิบัติให้แก่ผู้เข้ารับการอบรม ตามวัน เวลา สถานที่ดังกล่าว

ระเบียบ ข้อกฎหมาย หนังสือที่สั่งการ

- หนังสือเลขที่ สข ๐๐๓๒.๓๐๔ /๑๒/๑๓๔๔ ลงวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๓

ข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะ

- โปรดพิจารณา ให้ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา คือ นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกล่ำ เดินทางไปราชการเพื่อฝึกปฏิบัติงานให้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ในพื้นที่ตำบลบางกล่ำ ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ดังรายละเอียดที่แนบมาด้วยแล้ว

สำเนาถูกต้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

(ลงชื่อ).....  
(นางสาวปรางทิพย์ ศรีรัฐจิ)  
เจ้าของเรื่อง

(นางนงนุช สุวรรณ)  
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....  
(นายอุทัย เสมี่ยม)  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

- สั่งการ ( ) ขอบ
- ( ) ดำเนินการ
- ( / ) อนุญาต
- ( ) อนุมัติ

(ลงชื่อ).....  
(นายเที่ยงธรรม อินแก้ว)  
สาธารณสุขอำเภอบางกล่ำ

สำเนาถูกต้อง

นางสงวนใจ สิงห์  
พช. มรรค ๕ ๒๕๖๓

(นายมงคล สิงห์)

ปิดอ้างเลข (เจ้าพนักงานปกครองชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาล  
นายอำเภอบางกล่ำ

แผนลงปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ(care giver)  
 โครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ(care giver)เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ  
 และผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบางกล้า อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา

วัน เดือน ปี	เวลา	กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุและ คนพิการที่มี ภาวะพึ่งพิง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าอบรม จำนวน	เจ้าหน้าที่ผู้ลงปฏิบัติงาน
๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๓	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐น.	หมู่ที่ ๑,๗	๑๓ คน	นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๓	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐น.	หมู่ที่ ๒,๖	๑๓ คน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกล้า
๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๓	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐น.	หมู่ที่ ๓,๔	๑๓ คน	หมายเหตุ วันเดือนปีเปลี่ยนแปลงได้ตามความพร้อม ผู้สูงอายุและคนพิการที่จะให้ลงปฏิบัติงาน
๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓	๐๘.๓๐-๑๖.๓๐น.	หมู่ที่ ๕	๑๓ คน	

**สำเนาถูกต้อง**

(นางนิตยา สุวรรณ)

ตำแหน่งงานการเงินและบัญชี

สี นกยูง ๗๕

๗๕

นางสาวขวัญใจ สังข์ศิริ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สัญญาเงินยืมเลขที่ ๒๓/๒๕๖๓ วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ส่วนที่ ๑  
 ชื่อผู้ยืม ทนศักดิ์ เพ็ชรมา จำนวนเงิน 15,600 บาท แบบ สว๑๘

ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ที่ทำการ โรงพยาบาลบางกล้า  
 วันที่ 31 มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ  
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล้า

ตามคำสั่ง/บันทึกที่ สจ.๐๐๖๒.๖๐๑/๑๒/14๐๘ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ได้อนุมัติให้  
 ข้าพเจ้า ทนศักดิ์ เพ็ชรมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 รับผิดชอบ พ.ร. ๒๓๓๓ หรือด้วย ทนศักดิ์ เพ็ชรมา  
 รับผิดชอบ ๓๑ แห่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เดินทางไปปฏิบัติราชการ เพื่อทำ ผู้เข้าอบรมโครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วย (Care plan)  
 แห่งโรงพยาบาลโพธาราม โดยออกเดินทางจาก  
 บ้านพัก  สำนักงาน  ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ ๒๘ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เวลา ๐๖.15 น.  
 และกลับถึง  บ้านพัก  สำนักงาน  ประเทศไทย วันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เวลา 18.๓๐ น.  
 รวมเวลาไปราชการครั้งนี้ 3 วัน 12.15 ชั่วโมง

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ  ข้าพเจ้า  คณะเดินทาง ดังนี้  
 ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท ก. 1๒๐ บาท x ๕ คน x ๓ วัน รวม ๑๘๐๐ บาท  
 ค่าที่พักประเภท ..... จำนวน ..... วัน รวม ..... บาท  
 ค่าพาหนะ ..... รวม ..... บาท  
 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ยกเว้นค่ารถและเบี้ยน ..... รวม ..... บาท  
 รวมเงินทั้งสิ้น ๑๘๐๐ บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน

จ่ายเงินแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่ติดสำเนาข้างต้นเป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วยจำนวน

1. ..... ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกตัดชำระ  
 (นางนิศยา สุวรรณ)  
 ตำแหน่งงานการเงินและบัญชี  
 สำเนาถูกต้อง

24 ก.ย. 2563

ลงชื่อ ..... ผู้ขอรับเงิน  
 ทนศักดิ์ เพ็ชรมา  
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



ผู้ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้

อนุมัติให้จ่ายได้

ลงชื่อ.....  
(นางนิตยา สุวรรณ)  
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี  
วันที่ 21 ต.ค. 63

ลงชื่อ.....  
(นายสุริยะ สุพงษ์)  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล่ำ  
วันที่ 21 ต.ค. 63

ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน 720 บาท  
(.....) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน  
(นางสุวิมล.....)  
ตำแหน่ง พนักงาน.....  
วันที่ 31 ตุลาคม ๒๕๖๓  
จากเงินยืมตามสัญญาเลขที่.....

ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเงิน  
(นางนิตยา สุวรรณ)  
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี  
วันที่ 21 ต.ค. 63

หมายเหตุ  
- ค่าสิทธิฯ วิทยาทอง, หน้าที่งาน วิทท์ 28, 29, 30 กันยายน ๒๕๖๓  
- ค่าจ้างงาน จอห์นวิทท์ หน้าที่งาน วิทท์ 28, 29, 31 กันยายน ๒๕๖๓

จ่ายเงินแล้ว

สำเนาถูกต้อง

(นางนิตยา สุวรรณ)

เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี

(นางนิตยา สุวรรณ)

คำชี้แจง

- กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการ เริ่มต้นและสิ้นสุด การเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาแตกต่างกันของบุคคลนั้นในช่องหมายเหตุ
- กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคลให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับ เงินกรณีที่มีการยืมเงิน ให้ระบุวันที่ที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญายืมและวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย
- กรณีที่ยื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ให้ ผู้มีสิทธิแต่ละคน ลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ ๒)

หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ  
 ชื่อส่วนราชการโรงพยาบาลง่าม อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา  
 ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ พ.ศ. ๒๕๖๓ เดือน ๕ เดือน ๕๔ ลงวันที่ ๒๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ส่วนที่ ๒  
 แบบ ๘๘๗

ลำดับ ที่	ชื่อ	ตำแหน่ง	ค่าใช้จ่าย			รวม	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	หมายเหตุ
			ค่าเบี้ยเลี้ยง	ค่าเช่าที่พัก	ค่าพาหนะ				
1	นางศุภพัช เเพ็งสาร	ผอ. สำนักงาน	360	-	-	360	<i>[Signature]</i>	๒๔ ส.ค. ๖๓	
2	นางอรรณพ อิ่มทอง	ผอ. สำนักงาน	360	-	-	360	<i>[Signature]</i>	๒๔ ส.ค. ๖๓	
		<b>จ่ายเงินแล้ว</b>							
		<i>[Signature]</i>							
		(นางนิมิต สุวรรณ)							
		ข้าพinghamการเงินและบัญชี							
		24 ก.ย. 2563							
		รวมเงิน	720			720		ตามสัญญาเงินเลขที่...วันที่ 24.09.๖๓	

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....) **๗๒๐.๐๐ บาท**

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
 (นางศุภพัช เเพ็งสาร)  
 ตำแหน่ง ผอ. สำนักงาน  
 วันที่ ๒๔ ส.ค. ๖๓

คำชี้แจง ๑. ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พักให้ระบุอัตราวันและจำนวนวันที่ขอเบิกของแต่ละบุคคลในช่องหมายเหตุ  
 ๒. ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่ได้รับเงิน กรณีเป็นการรับจากเงินยืม ให้ระบุวันที่ได้รับจากเงินยืม  
 ๓. ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ที่ขอเงินจากทางราชการและจ่ายเงินยืมนี้ให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

แผนการลงฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่

โครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ(care giver)

วันที่	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่ปฏิบัติงาน	ทีมครูพี่เลี้ยง
๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๓	ผู้เข้าอบรมผู้ดูแล ผู้สูงอายุจำนวน ๑๖ คน	- หมู่ที่ ๗ ตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา - หมู่ที่ ๑, ๗ ตำบลบางกล่ำ อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา	นางสุภัทร เพ็ชรการ นางอุไรวรรณ จินตรัตน์ นางสาวขวัญใจ ลังขีศิริ
๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๓	ผู้เข้าอบรมผู้ดูแล ผู้สูงอายุจำนวน ๑๖ คน	- หมู่ที่ ๑๑ ตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา - หมู่ที่ ๒, ๖ ตำบลบางกล่ำ อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา	นางสุภัทร เพ็ชรการ นางอุไรวรรณ จินตรัตน์ นางสาวขวัญใจ ลังขีศิริ
๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๓	ผู้เข้าอบรมผู้ดูแล ผู้สูงอายุจำนวน ๑๓ คน	- หมู่ที่ ๓, ๔, ๕ ตำบลบางกล่ำ อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา	นางสุภัทร เพ็ชรการ นางสาวขวัญใจ ลังขีศิริ
๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓	ผู้เข้าอบรมผู้ดูแล ผู้สูงอายุจำนวน ๓ คน	หมู่ที่ ๑๒ ตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา	นางอุไรวรรณ จินตรัตน์

หมายเหตุ เนื่องจากสถานการณ์โรคโควิด-19 จึงจำเป็นต้องกระจายการฝึกปฏิบัติงานในชุมชนไปยังพื้นที่  
ตำบลอื่นที่มีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในอำเภอบางกล่ำ

**สำเนาถูกต้อง**



(นางนิตยา สุวรรณ)  
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี