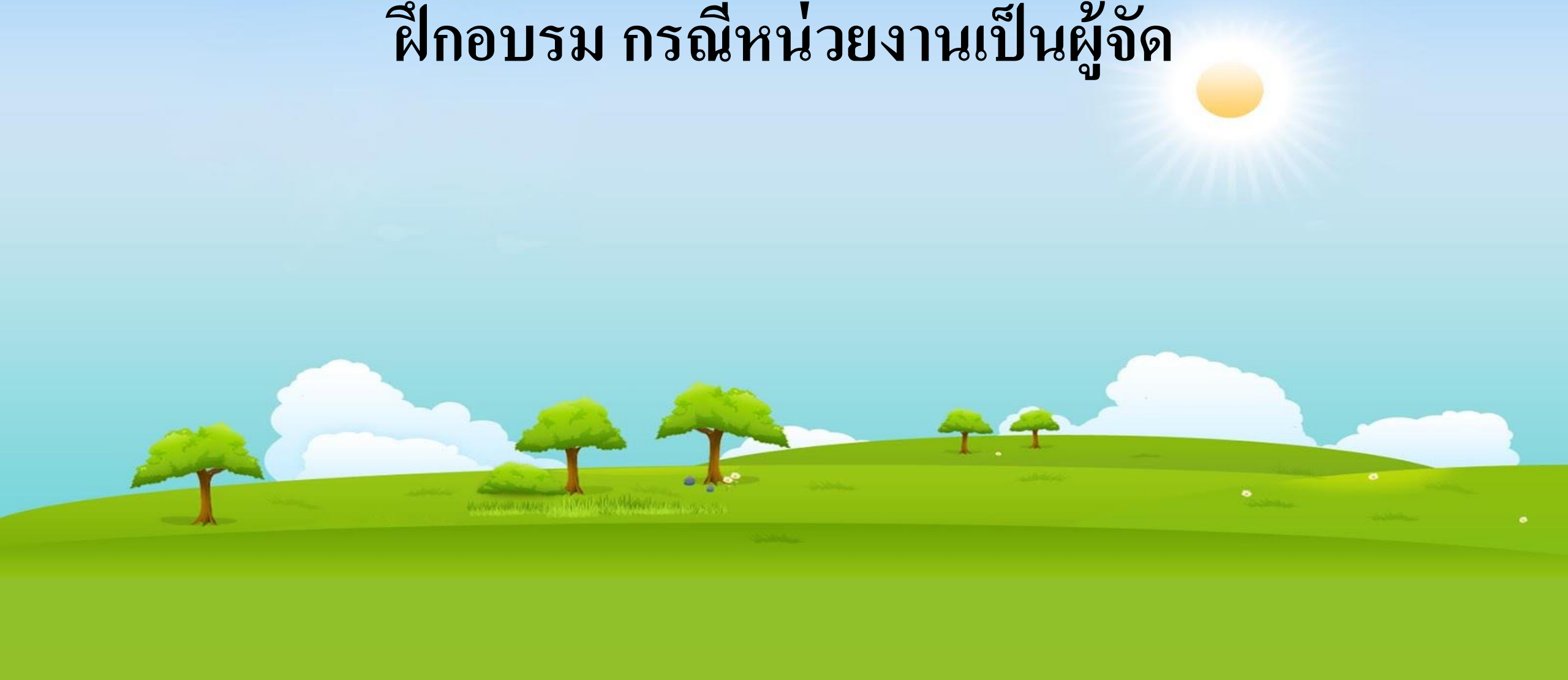


เอกสารประกอบการเบิก – จ่ายเงิน ค่าใช้จ่ายในการ ฝึกอบรม กรณีหน่วยงานเป็นผู้จัด



สัญญาเงินยืมที่ตรงจ่าย (กรณีส่วนราชการจัดฝึกอบรม)

รายละเอียดประกอบ



1. บันทึกขออนุมัติจัดประชุม/อบรม ที่ได้รับการอนุมัติแล้ว



2. สำเนาแผนงาน/โครงการ/กำหนดการ ที่ได้รับการอนุมัติแล้ว



เล่มที่ 058

เลขที่ 02

ใบรับใบสำคัญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

21 ก.ย. 2563

วันที่เดือน..... พ.ศ. 25.....

ได้รับใบสำคัญจากนางอภิตยา สดุงทิศา
สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
เพื่อส่งใช้เงินยืม ค่าลงทะเบียน

เงินยืมงบประมาณ	จำนวน.....	บาท
เงินยืมทรงพระราชการ	จำนวน 3,900	บาท
เงินยืมนอกงบประมาณ	จำนวน.....	บาท

ตามสัญญาเงินยืมเลขที่ 63/63
ลงวันที่ 8 เดือน กันยายน พ.ศ. 25 63
รวม 1 ฉบับ เป็นจำนวนเงิน 3,900 บาท ไว้เป็นการถูกต้อง

ลงชื่อ..... ผู้รับ
(นางสาวพรประภา คุณพนิชกิจ)
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

เล่มที่ 058

เลขที่ 01

ใบรับใบสำคัญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

21 ก.ย. 2563

วันที่เดือน..... พ.ศ. 25.....

ได้รับใบสำคัญจากนางอภิตยา สดุงทิศา
สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
เพื่อส่งใช้เงินยืม ค่าสมัคร

เงินยืมงบประมาณ	จำนวน.....	บาท
เงินยืมทรงพระราชการ	จำนวน 5,916	บาท
เงินยืมนอกงบประมาณ	จำนวน.....	บาท

ตามสัญญาเงินยืมเลขที่ 63/63
ลงวันที่ 8 เดือน กันยายน พ.ศ. 25 63
รวม 1 ฉบับ เป็นจำนวนเงิน 5,916 บาท ไว้เป็นการถูกต้อง

ลงชื่อ..... ผู้รับ
(นางสาวพรประภา คุณพนิชกิจ)
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ โทร. ๐-๘๕๒๒๖-๖๒๐๙/๕๒๒,๒๐๙๑
ที่ สส.๑๒๓๗.๑๑๖.๖๒๕๑ วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติจัดประชุม และเบิกค่าใช้จ่ายในโครงการ
เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ (นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ)

ด้วยสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ได้จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ และวิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้มและโอกาสการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ในเขตสุขภาพที่ ๘

ในการนี้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ จึงขออนุมัติจัดการประชุมโครงการดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๒๐-๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมธนกร ๑ ศูนย์ประชุมมณฑาทิพย์ ออลล์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการจัดโครงการ ดังนี้

๑. แผนงานพื้นฐานด้านพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ผลผลิตนโยบายประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ รหัส ๒๑๐๐๒๓๕๗๐๘๐๐๐๐๐๐ / ๐ ๓๓๓๓ จำนวนเงิน ๑๕๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) รายละเอียดค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๗๐ คน x ๕๐ บาท x ๒ มื้อ x ๒ วัน = ๓๔,๐๐๐ บาท
- ค่าอาหารกลางวัน ๓๗๐ คน x ๓๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๒ วัน = ๑๐๒,๐๐๐ บาท
- ค่าเอกสารในการประชุม = ๑๔,๐๐๐ บาท

รวมเบิก ๑๕๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)

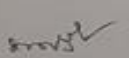
๒. แผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ กิจกรรม พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐาน รหัส ๒๑๐๐๒๓๕๐๕๕๐๐๐๐๐๐/ ๐๓๑๑๔ จำนวนเงิน ๑๖๘,๑๐๐ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นแปดพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) รายละเอียดค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้

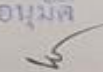
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑๕๐ คน x ๕๐ บาท x ๒ มื้อ x ๒ วัน = ๓๐,๐๐๐ บาท
- ค่าอาหารกลางวัน ๑๕๐ คน x ๓๐๐ บาท x ๑ มื้อ x ๒ วัน = ๙๐,๐๐๐ บาท
- ค่าสนามาคูณวิทยากรอภิปราย ๔ คน x ๓ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท = ๗,๒๐๐ บาท
- ค่าสนามาคูณวิทยากรบรรยาย ๑ คน x ๒ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท = ๑,๒๐๐ บาท
- ค่าเช่าที่พักวิทยากร ๓ ห้อง x ๑,๔๕๐ บาท x ๒ คืน = ๘,๗๐๐ บาท
- ค่าพาหนะในการเดินทางวิทยากร ๓ คน x ๗,๐๐๐ บาท = ๒๑,๐๐๐ บาท
- ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการประชุม = ๑๐,๐๐๐ บาท

เป็นเงิน ๑๖๘,๑๐๐ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นแปดพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)

รวมเป็นเงินที่ขอเบิกทั้งสิ้น จำนวน ๓๑๘,๑๐๐ บาท (สามแสนหนึ่งหมื่นแปดพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ


(นายวิรัช ศรีกรุง)
รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘


อนุมัติ
(นายชาญวิทย์ ทระเทพ)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ ๘ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

๑. หลักการและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนด ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข และค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข MOPH (M=Maslery O=Originality P=People Centered Approach H=Humility) นโยบายรัฐบาลและนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โครงการตามนโยบายสำคัญและปัญหาของพื้นที่ ให้เชื่อมโยงสอดคล้องกับการติดตามผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมรับฟังปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ความรู้กับการเร่งรัดผลงาน มุ่งเน้นการแก้ปัญหาในพื้นที่โดยกำหนดเป็น ๔ ยุทธศาสตร์ (๓) PP Excellence (๒) Service Excellence (๓) People Excellence (๔) Governance Excellence (๓) ตัวชี้วัด นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข ยังได้กำหนดประเด็นการติดตามผลการดำเนินงาน ผ่านระบบการตรวจราชการกรณีปกติ ในประเด็น Agenda Based ได้แก่ โครงการพระราชเสาวนีย์ กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ Function Based สุขภาพกลุ่มวัย สดแอ๊ด สดรอย และ Area Based STIMI ระบบสารสนเทศ และปัญหาด้านวินัยของพื้นที่

เขตสุขภาพที่ ๘ ได้นำยุทธศาสตร์และแนวทางการติดตามการตรวจราชการ ในประเด็นดังกล่าว มาแปลงสู่การปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการทรัพยากรในพื้นที่ ในการขับเคลื่อนงาน ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ พื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดรูปแบบการบริหารจัดการในระดับเขตสุขภาพ ให้มีเจ้าภาพหลัก (Focal point) และมีคณะกรรมการ คณะทำงานระดับพื้นที่ดำเนินงาน รวมทั้งกำหนดยุทธศาสตร์ร่วม ในระดับเขตพื้นที่ เฝ้าระวังการดำเนินงานไปคู่ควร ๘ เป็นเลิศ ปี๒๕๖๓ และพัฒนาระบบสนับสนุนด้านการเงินการคลัง เทคโนโลยีสารสนเทศ มีการประยุกต์แนวทาง วิธีการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เพิ่มประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน เพื่อเป็นการสรุปผลผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงาน หาจุดแข็ง และโอกาสในการพัฒนา ตลอดจนนำผลการดำเนินงานไปปรับปรุงปรกณ พ.ศ.๒๕๖๓ มาประกอบการทำงานแผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ ๘ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ จึงได้จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

๒. วัตถุประสงค์

- ๒.๑ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ ๘
- ๒.๒ เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์ แนวโน้ม จุดแข็งและโอกาสการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ๒.๓ เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๘

๓. กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

- ๓.๑ ประธานในที่ประชุมการประชุมวิชาการ และผู้มีเกียรติ และผู้ติดตาม
- ๓.๒ คณะวิทยากรในการประชุม
- ๓.๓ คณะเจ้าหน้าที่จากกรม/กองส่วนกลาง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ศูนย์วิชาการ ทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตสุขภาพที่ ๘
- ๓.๔ ผู้เข้ารับการประชุมวิชาการ ประธาน/เลขาข่าย คณะกรรมการ/คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้อง เขตสุขภาพที่ ๘

/๒ ๓.๕ คณะทำงาน

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ ๘ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

กำหนดการประชุม

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ ๘ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

วันที่ ๒๐-๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

ห้องประชุมธนกร ๑ ศูนย์ประชุม มณฑลพิธี ซอด้วง อำเภอเมือง จังหวัดอุตรธานี

วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓

เวลา ๐๘.๓๐ น.-๐๙.๐๐ น. -ลงทะเบียน

เวลา ๐๙.๐๐ น.-๐๙.๓๐ น. - ประธานในพิธีเปิดการประชุม

เวลา ๐๙.๓๐ น.-๑๐.๓๐ น. - บรรยาย สถานการณ์ แนวโน้มระบบสุขภาพ หลังสถานการณ์ COVID-19
Normal New –New Normal

โดยนายแพทย์ชาญวิทย์ ทรهเทพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ ๘

เวลา ๑๐.๓๐ น.-๑๑.๐๐ น. - ประธานในพิธี และผู้เข้าร่วมประชุม เยี่ยมชมบูทนิทรรศการผลงานดีเด่น

เวลา ๑๑.๐๐ น.-๑๒.๐๐ น. - ห้องที่ ๑ นำเสนอผลงานวิชาการ

สาขาแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี

สาขา NCD สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

สาขา ใช้เลือดออก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

สาขาหัวใจ โรงพยาบาลอุตรธานี

ห้องที่ ๒ ประชุมกลุ่ม ประเด็นปัญหาที่ตรวจพบในการตรวจราชการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ เพื่อกำหนดเป็นเชิงนโยบายของ
การตรวจราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

เวลา ๑๒.๐๐ น.-๑๓.๐๐ น. - รับประทานอาหารกลางวัน

เวลา ๑๓.๐๐ น.-๑๖.๐๐ น. - อภิปราย "ทำงานให้สัมฤทธิ์ผล คนเป็นสุขและสุขภาพดี"

ผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ

ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เวลา ๑๖.๐๐ น.-๑๗.๐๐ น. - พิธีมอบโล่รางวัลและเกียรติบัตรเชิดชูเกียรติ แก่หน่วยงานและบุคลากรที่มี
มีผลงานดีเด่น

วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

เวลา ๐๘.๓๐ น.-๐๘.๓๐ น. -ลงทะเบียน

เวลา ๐๘.๓๐ น.-๑๑.๐๐ น. นำเสนอผลการดำเนินงานสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘

๑. Agenda based

๒. Function

๓. Area based

๔. New Normal การบริการสุขภาพภายหลัง COVID-19

๕. ผลงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นายแพทย์สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๘

ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

นายแพทย์ชาญวิทย์ ทรهเทพ ผู้ตรวจราชการกระทรวง ให้ข้อเสนอแนะ
เพิ่มเติม

เวลา ๑๑.๐๐ น.-๑๒.๐๐ น. - บรรยาย R๘ – Strategic Focus & Digital Transformation

นายแพทย์ชาญวิทย์ ทรهเทพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ ๘

เวลา ๑๒.๐๐ น.-๑๓.๐๐ น. - รับประทานอาหารกลางวัน

เวลา ๑๓.๐๐ น.-๑๖.๓๐ น. - อภิปราย โอกาสการพัฒนาและการบูรณาการ ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ
Area Based

ผู้แทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ผู้แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ประธาน Service Plan แต่ละสาขา

สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพ ที่ ๘ (นายแพทย์สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ชาญวิทย์ ทรهเทพ

เวลา ๑๖.๓๐ น.- - ปิดประชุม

หมายเหตุ กำหนดการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

เวลา ๑๐.๓๐ น. และ ๑๔.๐๐ น. รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม

แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ภารกิจเชิงยุทธศาสตร์ สสจ.อุดรธานี ภารกิจประจำ / พื้นฐาน สสจ.อุดรธานี

- 1.ยุทธศาสตร์รัฐบาล ข้อ 3 พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน
- 2. ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ข้อ 2 ด้านการบริการเป็นเลิศ
- 3.แผนงาน กระทรวง ข้อ 8 การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
- 4.โครงการ กระทรวง ข้อ 28 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
- 5.ยุทธศาสตร์ สสจ.อุดรธานี ข้อ -
- 6. ประเด็นมุ่งเน้น/ประเด็นท้าทาย สสจ.อุดรธานี ข้อ -
- 7.ตัวชี้วัด สสจ.อุดรธานี ข้อ 122 ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 100

ข้อ 123 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ร้อยละ 100

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด : งานมะเร็ง

แหล่งงบประมาณ งบ ดำเนินงาน งบ สปสช. งบ เบิกแทนกัน งบ อุดหนุน

แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีดำเนินงาน	รายละเอียดงบประมาณ	ระยะเวลา / งบประมาณ (ระบุ เดือนที่จะดำเนินการและจำนวน งบม.)		ผู้รับผิดชอบ
					ไตรมาส3	ไตรมาส4	
กำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช	1.เพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใน จ.อุดรธานี	1.ผู้รับผิดชอบงานฯ	1.กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	รหัสงบประมาณ 21002117J5000000/O3102	← →		นางขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์
พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ	2.เพื่อให้ประชาชน	2.ผู้รับผิดชอบงานฯ	สสจ.อุดรธานี จัดทำแผนงาน โครงการระดับจังหวัด โดยมีกิจกรรม คือ	จำนวน 525,036 บาท (ห้าแสนสองหมื่นห้าพันสามสิบหกบาทถ้วน)	รับรองสำเนาถูกต้อง		นางขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์
	ในการป้องกันโรค	-สสจ./รพช./สสอ.	1.1 จัดประชุมแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใน 4 ตำบลที่มีอัตรา	-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 50คนx30บาทx2มือx4ครั้ง =12,000บาท	มี.ย 63		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	รพ.สต./อสม. และ คณะทำงานในตำบล	จัดการสุขภาพ ฯ	-ค่าอาหารกลางวัน 50คนx120บาทx1มือx4ครั้ง =24,000บาท	36,000 บาท		
		4 ตำบลละ 50คน	การตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ	รวมเป็น 36,000 บาท			
			มากกว่า ร้อยละ 5				

รับรองสำเนาถูกต้อง

นางขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

- 1 ก.ค. 2563

ใบมอบฉันทะ

ใบมอบฉันทะเลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กอง.....กรม.....จังหวัด.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขอมอบฉันทะให้.....ตำแหน่ง.....

กอง.....กรม.....จังหวัด.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เป็นผู้รับเงินดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

1. เงิน.....

จำนวน.....บาท (.....)

2. เงิน.....

จำนวน.....บาท (.....)

ทั้งนี้เนื่องจากข้าพเจ้า.....

ในการจ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ โปรดจ่าย.....

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้มอบฉันทะ

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบฉันทะ

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

คำอนุมัติ

อนุมัติให้จ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ได้

(ลงชื่อ).....ผู้เบิก

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ขออนุมัติเบิก-จ่ายเงิน (กรณีส่วนราชการจัดฝึกอบรม)

๑. แบบ บก ๑๐๗

๒. หนังสือขออนุมัติโครงการอบรมและขออนุมัติจัดโครงการอบรมที่ได้รับอนุมัติจากหัวหน้าส่วนราชการ

๓. โครงการฝึกอบรมที่ได้รับอนุมัติจากหัวหน้าส่วนราชการหรือผู้ที่^{๒๖}

๔. กำหนดการฝึกอบรม

๕. รายชื่อผู้เข้ารับการอบรม

๖. สำเนาหนังสือเชิญเข้ารับการอบรม

๗. สำเนาหนังสือเชิญเป็นประธานพิธีเปิด-ปิด (ถ้ามี)

๘. สำเนาหนังสือเชิญแขกผู้มีเกียรติ (ถ้ามี)

๙. ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ (๘๗๐๘) ของผู้จัดอบรมและผู้เข้ารับการอบรม (ถ้ามี)

๑๐. สำเนาหนังสือเชิญวิทยากร/กรณีระบุชื่อวิทยากรมีการเปลี่ยนแปลงแบบแบบตอบรับวิทยากร

๑๑. ใบสำคัญรับเงินวิทยากรตามแบบแนบท้ายระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงานและการประชุมระหว่างประเทศ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๕๕ (ถ้ามีเบิกค่าวิทยากร)





ขออนุมัติเบิก-จ่ายเงิน (กรณีส่วนราชการจัดฝึกอบรม)

๑๒. ใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก (กรณีที่ส่วนราชการจ่ายส่วนขาดกรณีที่ส่วนราชการผู้จัดจัดอาหาร ที่พัก หรือยานพาหนะทั้งหมดหรือจัดให้บางส่วน)
๑๓. ค่าอาหาร,อาหารว่างและเครื่องดื่ม
 - ๑๓.๑ บัญชีลายมือชื่อผู้เข้ารับการฝึกอบรม
 - ๑๓.๒ ใบเสร็จรับเงิน หรือใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (กรณีไม่มีใบเสร็จรับเงินหรือมีใบเสร็จไม่ครบตามรายการ)
ระบุชื่อโครงการ.....ในวันที่จัด.....
ระบุรายละเอียดแต่ละประเภท เช่น
ค่าอาหารกลางวัน จำนวน มื้อ ๆ ละบาทต่อคน จำนวน.....คน รวมเป็นเงินบาท,
ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน มื้อ ๆ ละ บาทต่อคน จำนวน.....คน รวมเป็นเงิน....บาท



ขออนุมัติเบิก-จ่ายเงิน (กรณีส่วนราชการจัดฝึกอบรม)



๑๔. ค่ายานพาหนะ

๑๔.๑ กรณีใช้รถราชการ

- เบิกค่าน้ำมันเชื้อเพลิงใช้ใบเสร็จรับเงินและใบกำกับภาษีสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง ดำเนินการตามพรบ.จัดซื้อจัดจ้างพ.ศ.๒๕๖๐
- บันทึกขออนุมัติเดินทางระบุทะเบียนรถพนักงานขับรถ
- แบบขอใช้รถยนต์ราชการ (แบบ ๓)
- ค่าใช้จ่ายพนักงานขับรถให้เบิกตามระเบียบฯ ฝึกอบรม(โดยแต่งตั้งมอบหน้าที่รับส่งผู้เข้ารับการอบรม)



๑๔.๒ ค่าเช่าหรือจ้างเหมารถ (รวมค่าน้ำมันเชื้อเพลิง) ดำเนินตามพรบ.จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ.๒๕๖๐ (แนบแผนที่ระยะทางของกรมทางหลวง)

๑๔.๓ ยานพาหนะประจำทาง

- กรณีไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้หรือมีใบเสร็จรับเงินไม่ครบรายการที่กระทรวงการคลังกำหนดใช้ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (บก.๔๒๓๑)

๑๔.๔ กรณีเบิกค่าพาหนะไป-กลับจากสถานที่อยู่/ที่พัก/สถานที่ปฏิบัติราชการไปยังสถานที่จัดการอบรม (ทุกวัน)

- บันทึกที่ได้รับอนุมัติจากหัวหน้าส่วนราชการโดยให้ระบุเหตุผลและความจำเป็น
- กรณีไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้หรือมีใบเสร็จรับเงินไม่ครบรายการที่กระทรวงการคลังกำหนด ใช้ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (บก.๔๒๓๑)

ขออนุมัติเบิก-จ่ายเงิน (กรณีส่วนราชการจัดฝึกอบรม)

๑๕. ค่าที่พัก

- ใบเสร็จรับเงินค่าที่พัก พร้อมใบแสดงรายการเข้าพัก (Folio)

๑๖. กรณีแต่งตั้งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในโครงการจัดอบรมให้แนบสำเนาคำสั่งแต่งตั้ง

๑๗. แบบประเมินผลความพึงพอใจ

๑๘. แบบประเมินผลประชุมเชิงปฏิบัติการ

๑๙. สรุปแบบประเมินผลประชุมเชิงปฏิบัติการ





เอกสารแนบหลักฐาน

การเบิก – จ่ายเงิน

แบบฟอร์มตรวจสอบการส่งหลักฐานในการเบิกจ่าย การฝึกอบรม (กรณีหน่วยงานเป็นผู้จัด)

ลำดับ	กระบวนการปฏิบัติงาน	เอกสาร	(1) ส่วน ของ กลุ่ม งานมี	(2) การเงิน ถูกต้อง/ ไม่ ถูกต้อง	หมายเหตุ
1	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารเย็น	1 ใบตัดงบประมาณ (เงิน Non UC /เงินนอกงบประมาณ) 2 แผนการใช้จ่ายงบประมาณ 3 แบบ บก.107 (2 ฉบับ) 4 บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน (1 ฉบับ) 5 ใบสำคัญรับเงิน/ใบเสร็จรับเงิน (ให้แยกรายการดังนี้) - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม - ค่าอาหารกลางวัน - ค่าอาหารเย็น 6 แบบลงทะเบียนของผู้อบรม/สัมมนา - ชื่อ/ลายมือชื่อ ให้ครบตามจำนวนที่ขอเบิก หากผู้เข้าอบรมไม่ครบตามจำนวนที่ขอ ให้ผู้จัดรับรองในบันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน ** กรณี ที่จัดอบรมต่อเนื่องมากกว่า 1 วันในวันที่ 2 ให้เบิกจ่ายเท่าจำนวนคนที่เข้าประชุมจริง **			
2	ค่าเช่าที่พัก	1 ใบเสร็จรับเงินจาก โรงแรม/ที่พักแรม 2 รายละเอียดการเข้าพัก (FOLIO) 3 รายชื่อผู้เข้าพักรายห้อง (กรณีไปเป็นหมู่คณะ)			
3	ค่าพาหนะ	1 เดินทางโดยเครื่องบิน - กรณีจ่ายเป็นเงินสด 1. ใช้ใบเสร็จรับเงินและกากบัตริโดยสาร (Boarding Pass) - กรณีซื้อบัตรโดยสารระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-ticket) 1. ให้ใช้ใบรับเงินที่แสดงรายละเอียดการเดินทาง (Linerary Receipt) 2. ผู้เบิกจัดทำใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (แบบ บก.111) 2 เดินทางโดย รถไฟ (ชั้น 1) แบบภาคตัวรถไฟ(ตามหนังสือ ที่ อด.0032.001/178 ลว. 31 ม.ค. 60) 3 ค่าพาหนะที่ไม่มีอาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับจ้างได้ เช่น ค่ารถรับจ้าง ค่ารถโดยสารประจำทาง ให้ใช้ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (แบบ บก. 111)			

4	ค่าสมนาคุณวิทยากร	1 ใบสำคัญรับเงิน สำหรับวิทยากร 2 สำเนาบัตรประชาชน (สำหรับบุคคลภายนอก) 3 หนังสือเชิญเป็นวิทยากร 4 กรณี วิทยากร ผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์เฉพาะด้าน ให้แนบคุณสมบัติวิทยากรหรือ เอกสารใบประกาศ/รับรองผลงาน 5 หนังสือขออนุมัติไปราชการ (สำหรับเป็นข้าราชการ) กรณีเบิกเบี่ยง			
เอกสารแนบในการเบิกจ่าย					
		1 โครงการที่ได้รับอนุมัติเรียบร้อยแล้ว 2 บันทึกขออนุมัติจัดอบรม/สัมมนาและขออนุมัติให้เข้าร่วมอบรม 3 กำหนดการอบรม 4 หนังสือเชิญเข้าร่วมอบรม/สัมมนา 5 สัญญาขืมเงิน (กรณีขืมเงิน) เจ้าของโครงการเป็นผู้ขืม - ประทับตราจ่ายเงินแล้วในใบเสร็จรับเงินพร้อมลงลายมือชื่อ(ผู้ขืม) 6 กรณีถ่ายเอกสารให้รับรองสำเนาด้วย 7 ผู้จัดจะต้องประเมินผลการฝึกอบรม (ชื่อ 23) ฉ.3 เสนอผู้บังคับบัญชา			
5	การฝึกอบรมสำหรับบุคคลภายนอก	1 แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก			

1 (ลงชื่อ).....เจ้าของเรื่อง 2 (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ/งานการเงิน
(.....) (.....)
ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. เจ้าของเรื่อง ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร หากมี ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ส่วนของกลุ่มงาน (1)
2. งานการเงิน ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร หากถูกต้องให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ส่วนของการเงิน (2) หากมีการแก้ไขของลงไม่ตรงหมายเหตุ
****** ใบเสร็จรับเงินอย่างน้อยต้องมีรายการดังต่อไปนี้ 1. ชื่อ สถานที่อยู่ หรือที่ทำการของผู้รับเงิน 2. วัน/เดือน/ปี ที่รับเงิน 3. รายการแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นค่าอะไร
4. จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษร 5. ลายมือชื่อของผู้รับเงิน **

**ตัวอย่าง ค่าใช้จ่ายฝึกอบรม/ประชุมเชิงปฏิบัติการ
กรณีเป็นผู้จัด**

แบบ บก.107

หนทางใบสำคัญ...../.....

หมวดรายจ่าย..... รหัส...../.....

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน	รวมเงิน	เลขที่ใบสำคัญ	หมายเหตุ
		บาท	บาท		
	โครงการพัฒนาระบบบัญชีหน่วยบริการ (รพศ/รพท/รพช) สังกัด สสจ.อุตรธานี ปี 2560 ในวันที่ 5 มีนาคม 2560 ณ ห้องประชุมทองกวาว สสจ.อุตรธานี				
1	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม นางสาวสมใจ รวงทอง	3,000	3,000		
2	ค่าอาหารกลางวัน นายอัญพิสิษฐ์ วรโชติชนตล	6,000	6,000		
3	ค่าสมนาคุณวิทยากร นางฉมลาวรรณ ศรีสะอาด	3,600	3,600		
4	ค่าพาหนะวิทยากร นางฉมลาวรรณ ศรีสะอาด	640	640		
	รวมเบิกทั้งสิ้น	13,240	13,240		

จำนวนเงิน (หนึ่งหมื่นสามพันสองร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ



กรณียืมเงิน

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....

ที่ อด...../..... วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการจัดอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี

ตามที่ กลุ่มงาน.....สังกัด.....ได้จัดอบรม

เรื่อง.....

ระหว่างวันที่.....ถึง วันที่.....ณ.....นั้น

บัดนี้ อบรมดังกล่าวเสร็จสิ้นแล้ว จึงใคร่ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการจัดอบรม

ในครั้งนี

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| 1. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม | เป็นเงิน.....บาท |
| 2. ค่าอาหารกลางวัน | เป็นเงิน.....บาท |
| 3. ค่าอาหารเย็น | เป็นเงิน.....บาท |
| 4. ค่าเบี้ยเลี้ยง | เป็นเงิน.....บาท |
| 5. ค่าเช่าที่พัก | เป็นเงิน.....บาท |
| 6. ค่าพาหนะ | เป็นเงิน.....บาท |
| 7. ค่าสมนาคุณวิทยากร | เป็นเงิน.....บาท |
| 8. ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ | เป็นเงิน.....บาท |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

จำนวนเงิน (.....) จากเงินงบประมาณโครงการ.....

รหัส.....

โดยส่งใช้ใบยืม เลขที่...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ชื่อผู้ยืม.....

ตำแหน่ง.....จำนวน.....บาท

(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ผู้ยืม

กรณีสำรองจ่าย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....

ที่ อด...../..... วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการจัดอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี

ตามที่ กลุ่มงาน.....สังกัด.....ได้จัดอบรม

เรื่อง.....

ระหว่างวันที่.....ถึง วันที่.....ณ.....นั้น

บัดนี้ อบรมดังกล่าวเสร็จสิ้นแล้ว จึงใคร่ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการอบรม ในครั้งนี

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| 1. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม | เป็นเงิน.....บาท |
| 2. ค่าอาหารกลางวัน | เป็นเงิน.....บาท |
| 3. ค่าอาหารเย็น | เป็นเงิน.....บาท |
| 4. ค่าเบี้ยเลี้ยง | เป็นเงิน.....บาท |
| 5. ค่าเช่าที่พัก | เป็นเงิน.....บาท |
| 6. ค่าพาหนะ | เป็นเงิน.....บาท |
| 7. ค่าสมนาคุณวิทยากร | เป็นเงิน.....บาท |
| 8. ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ | เป็นเงิน.....บาท |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

จำนวนเงิน (.....) จากเงินงบประมาณโครงการ.....

รหัส.....

โปรดส่งจ่ายในนาม.....เนื่องจากได้สำรองเงินจ่ายแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ตัวอย่าง ส่งใช้ใบยืมกรณีฝึกอบรมบุคคลภายนอก

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.....โครงการ/หลักสูตร โครงการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งสิ้น 4.....คน

ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ได้รับเงินจาก.....กระทรวง.....

ปรากฏรายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร	ค่าเช่าที่พัก	ค่าพาหนะ	รวมเป็นเงิน	วัน/เดือน/ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน
			บาท	บาท	บาท	บาท		
1	นางวันดี มารวย	222 หมู่ 5 ต.บ้านเลื่อม อ.เมือง จ.อุดรธานี			100	100	5-มี.ค.-60	นางวันดี
2	นายเฉลิม รวยสุข	24 หมู่ 5 ต.บ้านเลื่อม อ.เมือง จ.อุดรธานี			100	100	5-มี.ค.-60	นายเฉลิม
3	นางสาวมะลิ ยิ้มสวย	32 หมู่ 5 ต.บ้านเลื่อม อ.เมือง จ.อุดรธานี			100	100	5-มี.ค.-60	นส.มะลิ
4	นางวันนา หนูดี	55 หมู่ 5 ต.บ้านเลื่อม อ.เมือง จ.อุดรธานี			100	100	5-มี.ค.-60	นางวันนา
รวมเงิน					400	400		

จำนวน(สี่ร้อยบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....(ลายมือชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....นางสาววนิดา พริ้งเพราะ.....)
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

หมายเหตุ กรอกข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน โครงการอะไร วันที่เท่าไร จำนวน กี่คน



ตัวอย่าง เบิกค่าอาหาร

ใบสำคัญรับเงิน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

วันที่ 5 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560

ข้าพเจ้า นายธัญพิสิษฐ์ วรโชติชนตล. อยู่บ้านเลขที่ 222 ถนน ประจักษ์

ตำบล/แขวง หมากแข้ง อำเภอ เมือง จังหวัด อุดรธานี

ได้รับเงินจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ที่	รายการ	จำนวนเงิน
		บาท
1	โครงการพัฒนาระบบบัญชีหน่วยบริการ(รพศ/รพท/รพช) สังกัด สสจ.อุดรธานี 2561เพื่อจัดอบรมพัฒนาระบบบัญชีในหน่วยงาน วันที่ 5 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุมทองกวาว สสจ.อุดรธานี ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 50 คน x 1 วัน x 120 บาท x 1 มื้อ	6,000
รวมเป็นเงิน		6,000

จำนวนเงิน (หกพันบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....(ลายมือชื่อ).....ผู้รับเงิน

(..นายธัญพิสิษฐ์ วรโชติชนตล..)

พร้อมแนบ
สำเนาบัตรประจำตัว
ของผู้รับจ้าง
รับรองสำเนาถูกต้อง

ขออนุมัติเบิก-จ่ายเงิน (กรณีส่วนราชการจัดฝึกอบรม)

บันทึกขออนุมัติ
เบิก-จ่ายเงิน

1. ค่าสมนาคุณวิทยากร ประกอบด้วย

1.1 หนังสือเชิญวิทยา/แบบตอบรับวิทยากร

1.1 ใบสำคัญรับเงินสำหรับวิทยากร

1.2 สำเนาบัตรประจำตัว/บัตร ชรก.

1.3 หนังสือขออนุมัติเดินทางไปราชการ





ที่ ศธ ๐๕๖๓.๐๔/๔๑๓

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
๑๗๒ ถนนอิสรภาพ เขตธนบุรี
กรุงเทพฯ ๑๐๖๐๐

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒

แบบตอบรับการเป็นวิทยากร

โครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔
หัวข้อ “แนวทางการเขียนแผนงานและโครงการตามระเบียบกระทรวงการคลัง
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๔๙
และแก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๕)”

ในวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุมแสงทอง โรงพยาบาลหนองแสง
อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี

รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

เรื่อง ขอเชิญเป็นวิทยากร

เรียน คุณฉัตรพล เทียมจันทร์

ด้วยสาขาวิชาเทคโนโลยีการอาหาร คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี ได้จัดโครงการอบรมเรื่องการตลาดแบบออนไลน์เพื่อเพิ่มช่องทางการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ OTOP คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พิจารณาแล้วว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในด้านนี้อย่างดียิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นวิทยากรในวันที่ ๑๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น. ณ วิสาหกิจชุมชนบ้านคลองนาเกลือ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ทั้งนี้คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้มอบหมายให้อาจารย์ ดร.นวลระหง เทพวิวัฒน์จิต เป็นผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติ กอบัวแก้ว)
คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....
หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....
E-mail.....มือถือ.....

ยินดีเป็นวิทยากร
 มี ไม่มี สื่อ/เอกสารประกอบการบรรยาย/อภิปราย

ไม่สามารถเป็นวิทยากรได้และเสนอผู้แทนคือ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....
หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....
E-mail.....มือถือ.....

มี ไม่มี สื่อ/เอกสารประกอบการบรรยาย/อภิปราย

ลงชื่อ.....

(.....)



ใบสำคัญรับเงิน สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม

โครงการ / หลักสูตร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก.....ตั้งรายการต่อไปนี้

ที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
	โครงการ		
	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....		
	ณ ห้องประชุม		
	ค่านาคูณวิทยากร		
	จำนวน.....คน xวัน x.....บาท x.....ชั่วโมง		
	รวมเป็นเงิน		

จำนวนเงิน (.....)

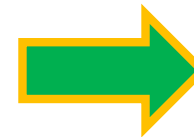
(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....



พร้อมสำเนาบัตรประจำตัว
ประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
รับรองสำเนาถูกต้อง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานตรวจสอบภายใน กลุ่มงานบริหารฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ๐๔๒-๒๒๒๓๕๖
 ที่ อต. ๐๐๓๒.๐๐๑/
 เรื่อง ขออนุมัติเดินทางไปราชการ
 เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

ด้วย โรงพยาบาลบ้านผือ จัดโครงการฝึกอบรมทบทวนระเบียบการเงินการคลัง และกระบวนการ
 งานพัสดุและการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐของบุคลากร คุปสอ.บ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ประจำปี
 งบประมาณ ๒๕๖๕ ในวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๔ โดยแจ้งให้นางอาทิตย์ยา ผดุงกิจ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและ
 บัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เป็นวิทยากรบรรยายฯ ในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว ตามหนังสือที่
 อต ๐๐๓๒.๓๐๑/๓๒๑๔ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ เรื่อง ขอเชิญวิทยากร ในวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๔
 ณ โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้าพเจ้า นางอาทิตย์ยา ผดุงกิจ ตำแหน่ง
 นักวิชาการเงินและบัญชี จึงขออนุมัติเดินทางไปราชการ ในวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๔ ๒๕๖๔ รวมเป็นเวลา ๑ วัน
 โดยขอเบิกค่าใช้จ่ายค่าใช้จ่าเดินทางไปราชการจากหน่วยงานผู้จัด

๑. ประเภทการพัฒนา การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี สังคมความเชี่ยวชาญ
 คุณธรรมจริยธรรม การทำงานเป็นทีม () อื่นๆ
๒. ประเภทการไป () สมัครงไปเอง ครั้งที่ () หน่วยงานจัดส่ง
 ได้รับเชิญ/แจ้งให้เข้าร่วม () อื่น ๆ
๓. ค่าลงทะเบียน () มีจำนวน..... บาท ไม่มี
๔. ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายทั้งหมด () เบิกจากต้นสังกัด เบิกจากหน่วยงานผู้จัด
() ไม่เบิกค่าใช้จ่าย () อื่น ๆ
๕. การเดินทาง () โดยเครื่องบิน () โดยรถไฟ () โดยรถโดยสารประจำทาง
() โดยรถรับจ้าง โดยพาหนะอื่น ๆ รถยนต์ส่วนตัว
หมายเลขทะเบียน ๑ กพ-๖๒๒๘ กทม.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางอาทิตย์ยา ผดุงกิจ)
 นักวิชาการเงินและบัญชี

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

() อนุญาต () ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ที่ อต. 0032.002/479

วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติจัดประชุม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ให้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการตามแผนพัฒนาระบบระบบบัญชีหน่วยบริการ(รพศ/รพท/รพช) สังกัด สสจ.อุดรธานี ปี เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพในรูปแบบระบบ GFMIS

ดังนั้น กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จึงเห็นควรขออนุมัติจัดได้จัดจัดอบรมพัฒนาระบบบัญชีในหน่วยงาน จากโครงการพัฒนาระบบบัญชีหน่วยบริการ(รพศ/รพท/รพช) สังกัด สสจ.อุดรธานี ปี 2560 ในวันที่ 5 มีนาคม 2560 ณ ห้องประชุมทองกวาวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีนั้น โดยใช้งบประมาณ Non Uc รหัส2100208028000000/M4649

1. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 50คนX30บาทX2มือ	เป็นเงิน 3,000 บาท
2. ค่าอาหารกลางวัน 50คนX120บาทX1มือ	เป็นเงิน 6,000 บาท
3. ค่าสมนาคุณวิทยากร 1 คน x 6 ชม. x 600 บาท	เป็นเงิน 3,600 บาท
4. ค่าพาหนะวิทยากร	เป็นเงิน 640 บาท
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 13,240 บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุมัติ

รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

ลงชื่อ.....ลงลายมือชื่อ.....

(.....นางสาววนิดา พริ้งเพระ.....)

ตำแหน่ง.....



บันทึกข้อความ

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี
 17730
 วันที่ 9 พ.ย. 2564
 เวลา 11.30 น.

ส่วนราชการ กลุ่มงานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง โทร ๐๔๒๒๗๓๗๐๐-๑๒๐๕

ที่ อต.๐๐๓๒.๐๐๓/๒๒๕๓๓ วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติโครงการ จัดโครงการ และขออนุมัติใช้งบประมาณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

เรื่องเดิม

ในการดำเนินงานขององค์กรต้องมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการติดตาม ควบคุม กำกับดูแลการดำเนินงานขององค์กรให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรที่ตั้งไว้ องค์กรประกอบที่สำคัญของการจัดทำแผนงาน คือ โครงการ โครงการที่ดีต้องแก้ปัญหาขององค์กรได้ มีวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ชัดเจน สามารถดำเนินการได้จริง ตอบสนองความต้องการของสังคม กลุ่มคนส่วนใหญ่ และสามารถติดตามประเมินผลได้ จากการดำเนินการตรวจสอบโครงการและงบประมาณ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ พบว่าบุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเขียนแผนงาน/โครงการ กระบวนการเบิกจ่ายเงิน รวมถึงการป้องกันการเสียหายจากการใช้เงิน กระบวนการเหล่านี้ล้วนแต่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นการส่งเสริมให้เกิดวินัยทางการเงินการคลัง และส่งผลโดยตรงต่อการลดความเสี่ยงที่อาจเกิดกับเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบและผู้บริหารทั้งด้านรับผิดชอบทางวินัย ทางละเมิดและทางอาญา ด้วยความสำคัญดังกล่าว

ดังนั้น เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ เข้าใจด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานหรือวิธีการดำเนินงานตามระเบียบค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมได้อย่างถูกต้อง งานยุทธศาสตร์สาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จึงได้กำหนดจัดโครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ หัวข้อ “แนวทางการเขียนแผนและโครงการตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศพ.ศ. ๒๕๔๙ (แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๕)” ๑๒.๐๐๓๒.๐๐๓/๒๒๕๓๓ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ในวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ชั้น (เอกสารหมายเลข ๑)

ระเบียบ / ข้อกฎหมาย

- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๙๓๒/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕ เรื่อง มอบอำนาจในการเดินทางอนุมัติเดินทางไปราชการ การจัดประชุม การจัดฝึกอบรม การจัดประชุมระหว่างประเทศและค่าใช้จ่ายต่างๆ ข้อ ๓ มอบอำนาจการอนุมัติโครงการ หรือหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ๓.๒ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสำหรับการฝึกอบรมและการจัดงานที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในจังหวัดนั้นเป็นผู้จัดร่วมกับหน่วยงานอื่น (เอกสารหมายเลข ๒)

- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๔๔๓/๒๕๕๖ ลงวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ เรื่อง มอบอำนาจในการเดินทางอนุมัติเดินทางไปราชการ การจัดประชุม การฝึกอบรม การจัดงาน การประชุมระหว่างประเทศและค่าใช้จ่ายต่างๆ (ฉบับที่ ๒) ข้อ ๑ ให้ยกเลิกในข้อ ๓.๒ แห่งคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๙๓๒/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕ และให้ใช้ความต่อไปน้แทน “๓.๒ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสำหรับการฝึกอบรมและการจัดงานที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในจังหวัดนั้นๆเป็นผู้จัดร่วมกับหน่วยงานอื่น” ข้อ ๒ นอกจากนี้ได้แก้ไขเพิ่มเติมในข้อ ๑ ให้เป็นไปตามความในคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๙๓๒/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕ ทุกประการ (เอกสารหมายเลข ๓)

/ข้อเสนอ.....

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดลงนาม

๑. อนุมัติโครงการ

๒. อนุมัติให้จัดโครงการ

๓. อนุมัติให้เบิกค่าใช้จ่ายในโครงการฯ จากเงินบำรุงโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จำนวน ๒๓,๒๓๗ บาท (สองหมื่นสามพันสองร้อยสามสิบเจ็ดบาทถ้วน)

๔. อนุมัติเบิกค่าสมาคมนักวิทยากร ซึ่งเป็นบุคลากร งานตรวจสอบภายใน สังกัดส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ ด้วยจะเป็นพระคุณ

เรียน

ร.พ. สขจ.

- รพ. หนึ่งสูง พงษ์วิภา หนองบัวลำภู

ติดต่อแจ้ง ๑๑,๑๗๒ น

- อีเมลแจ้ง เพื่อป้องกันความผิดพลาด

(นายแพทย์ยุทธศาสตร์)

(นายไพโรจน์ พิวพันธ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

อนุมัติ

ดำเนินการตามระเบียบ

(นายประเมษฐ์ กิ่งโก้)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

โครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร “แนวทางการเขียนแผนและโครงการตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน พ.ศ. ๒๕๔๙ (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๑ และฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๕) คปสอ.บ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

- ๑) ยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ข้อ (๔) Governance excellence
 ๒) ประเด็นที่มุ่งเน้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปี ๒๕๖๔ การตรวจสอบโครงการและงบประมาณ

๓) หลักการและเหตุผล

ในการดำเนินงานขององค์กรต้องมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการติดตาม ควบคุม กำกับดูแลการดำเนินงานขององค์กรให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรที่ตั้งไว้ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้วย องค์ประกอบที่สำคัญของการจัดทำแผนงาน คือ โครงการ โครงการที่ดีต้องแก้ปัญหาขององค์กรได้ มีวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ชัดเจน สามารถดำเนินการได้จริง ตอบสนองความต้องการของสังคม กลุ่มคนส่วนใหญ่ และสามารถติดตามประเมินผลได้ จากการดำเนินงานการตรวจสอบโครงการและงบประมาณ ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ พบว่าบุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเขียนแผนงาน/โครงการ กระบวนการเบิกจ่ายเงินรวมถึงการป้องกันการเสียหายจากการใช้เงิน กระบวนการเหล่านี้ล้วนแต่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และเป็น การส่งเสริมให้เกิดวินัยทางการเงินการคลัง และส่งผลโดยตรงต่อการลดความเสี่ยงที่อาจเกิดกับเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบและผู้บริหารทั้งด้านรับผิดทางวินัย ทางละเมิดและทางอาญา ด้วยความสำคัญดังกล่าว

งานยุทธศาสตร์สาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จึงได้กำหนดจัดโครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ หัวข้อ “แนวทางการเขียนแผนและโครงการตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศพ.ศ. ๒๕๔๙ (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๕)” คปสอ.บ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ขึ้น

๔) วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ เข้าใจด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานหรือวิธีการดำเนินงานตามระเบียบค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำไปปรับใช้ในการบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๔.๒ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

๔.๓ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านงานแผนและโครงการ และผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาเพิ่มศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

๕) กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

- บุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จำนวน ๕๐ คน
- บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านดุง / รพ.สต. ในเขตอำเภอบ้านดุง จำนวน ๒๐ คน

รวมทั้งหมด ๗๐ คน

รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

โครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร “แนวทางการเขียนแผนและโครงการตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน พ.ศ. ๒๕๔๙ (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๑ และฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๕) คปสอ.บ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๖) วิธีการดำเนินงาน

๖.๑ การเตรียมการ

- ๖.๑.๑ ประชุมชี้แจงคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ
- ๖.๑.๒ เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ
- ๖.๑.๓ ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖.๒ การจัดประชุม/อบรม

ดำเนินการ จัดโครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ หัวข้อ “แนวทางการเขียนแผนและโครงการตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๙ (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๕)” คปสอ.บ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี โดยวิธีการบรรยาย

๖.๓ สรุป/ประเมินผล

สรุปผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคเพื่อนำเสนอต่อผู้บริหาร

๗) ระยะเวลาดำเนินการ

๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

๘) สถานที่ดำเนินการ

ณ ห้องประชุมราชพฤกษ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

๙) งบประมาณ

จากเงินบำรุงโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จำนวน ๒๓,๒๗๒ บาท (สองหมื่นสามพันสองร้อยเจ็ดสิบสองบาทถ้วน) เพื่อจัดกิจกรรมโครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ หัวข้อ “แนวทางการเขียนแผนและโครงการตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศพ.ศ. ๒๕๔๙ (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๕)” คปสอ.บ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี โดยมีรายละเอียดค่าใช้จ่าย ดังนี้

๑. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๗๐ คนx๓๐ บาทx๒ มื้อx๑ วัน	เป็นเงิน	๔,๒๐๐ บาท
๒. ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๗๐ คนx๔๐ บาทx๒ มื้อx๒ วัน	เป็นเงิน	๕,๖๐๐ บาท
๓. ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยาย (บุคลากรภาครัฐ) คนที่ ๑ x ๖๐๐ บาท x ๘ ชั่วโมง x ๑ วัน	เป็นเงิน	๔,๘๐๐ บาท
๔. ค่าที่พักสำหรับวิทยากร จำนวน ๑ คน x ๑,๐๐๐ x ๑ คืน	เป็นเงิน	๑,๐๐๐ บาท
๕. ค่าพาหนะวิทยากร จำนวน ๑ คน x ๔ บาท x ๘๔ กม. x ๒ เที่ยว (ไป-กลับ)	เป็นเงิน	๖๗๒ บาท

โครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร “แนวทางการเขียนแผนและโครงการ ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน พ.ศ. ๒๕๔๙ (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๑ และฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๕) คปสอ.บ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๖. ค่าป้ายอบรมโครงการ ขนาด ๔๐๐ ซม. x ยาว ๒๒๐ ซม. เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท
 ๗. ค่าวัสดุอุปกรณ์-เครื่องเขียนและอุปกรณ์ เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๒๓,๒๗๒ บาท
 (สองหมื่นสามพันสองร้อยเจ็ดสิบสองบาทถ้วน)

นางสาวเรืองทิพย์ ไชยวงศ์
 เก็บหีบห่อบัญชีและบัญชี

๑๐) ตัวชี้วัดโครงการ (ผลผลิต/ผลลัพธ์/ผลสำเร็จ)
 - ร้อยละ ๑๐๐ ของจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมโครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ใช้จ่ายเงินถูกต้องตามระเบียบ ข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ เป็นไปตามแผนที่กำหนด

๑๑) การประเมินผล
 ๑. ประเมินผลจากความรู้ความเข้าใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม จากหารที่แบบทดสอบ ก่อน - หลัง มีผลคะแนนมากกว่า ๗๐ คะแนน จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของผู้ตอบแบบทดสอบทั้งหมด

๑๒) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
 ๑. ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแนวทางการปฏิบัติงานหรือวิธีการดำเนินงานตามระเบียบค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำไปปรับใช้ในการบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
 ๒. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดำเนินงานแผนและโครงการ และผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาเต็มศักยภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถนำความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์มาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่หน่วยงาน

๑๒) ผู้รับผิดชอบโครงการ
 (นางสาวจุฑารัตน์ รักษาด่าน)
 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

๑๓) ผู้เสนอโครงการ
 (นางศิรญา พลแพงขวา)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๑๔) ผู้เห็นชอบโครงการ
 (นายไพโรจน์ พัวพันธุ์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง

๑๕) ผู้อนุมัติโครงการ
 อนุมัติ
 ดำเนินการตามระเบียบ

(นายปรเมษฐ์ กิ่งโก้)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

กำหนดการ

โครงการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร “แนวทางการเขียนแผนและโครงการ ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน พ.ศ. ๒๕๔๙ (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๑ และฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๕) คปสอ.บ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ วันที่ ๒๔ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมราชพฤกษ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕
 เวลา ๐๘.๐๐ น. - ลงทะเบียนผู้เข้ารับการฝึกอบรม
 เวลา ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. - พิธีเปิดการฝึกอบรม โดย นายแพทย์ไพโรจน์ พัวพันธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง
 เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. - บรรยาย เรื่อง “ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศพ.ศ. ๒๕๔๙ (แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๕)” โดย นางอาทิตย์ยา ผดุงกิจ นักวิชาการเงินและบัญชี งานตรวจสอบภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
 เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. - บรรยาย เรื่อง แนวทางการเขียนแผนงาน/โครงการ โดย นางอาทิตย์ยา ผดุงกิจ นักวิชาการเงินและบัญชี งานตรวจสอบภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
 เวลา ๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. - บรรยาย เรื่อง ข้อแตกต่างระหว่างประชุมราชการ กับ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม โดย นางอาทิตย์ยา ผดุงกิจ นักวิชาการเงินและบัญชี งานตรวจสอบภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
 เวลา ๑๖.๐๐ - ๑๘.๐๐ น. - บรรยาย เรื่อง ขั้นตอนการปฏิบัติกรเบิก - จ่าย และเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงิน โดย นางอาทิตย์ยา ผดุงกิจ นักวิชาการเงินและบัญชี งานตรวจสอบภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มเวลา ๑๐.๓๐ น. และ ๑๔.๓๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.

แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ภารกิจเชิงยุทธศาสตร์ สสจ.อุดรธานี ภารกิจประจำ / พื้นฐาน สสจ.อุดรธานี

1. ยุทธศาสตร์รัฐบาล ข้อ 3 พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน
 2. ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ข้อ 2 ด้านการบริการเป็นเลิศ
 3. แผนงาน กระทรวง ข้อ 8 การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
 4. โครงการ กระทรวง ข้อ 28 โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
 5. ยุทธศาสตร์ สสจ.อุดรธานี ข้อ -
 6. ประเด็นมุ่งเน้น/ประเด็นท้าทาย สสจ.อุดรธานี ข้อ -
 7. ตัวชี้วัด สสจ.อุดรธานี ข้อ 122 ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 100
- ข้อ 123 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ร้อยละ 100

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด : งานมะเร็ง

แหล่งงบประมาณ งบ ดำเนินงาน งบ สปสช. งบ เบิกแทนกัน งบ อุดหนุน

แผนงาน/โครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	วิธีดำเนินงาน	รายละเอียดงบประมาณ	ระยะเวลา / งบประมาณ (ระบุ เดือนที่จะดำเนินการและจำนวน งบม.)		ผู้รับผิดชอบ
					ไตรมาส3	ไตรมาส4	
กำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ	1.เพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใน จ.อุดรธานี	1.ผู้รับผิดชอบงานฯ - สสจ./รพช./สสอ. รพ.สส./อส. และคณะทำงานในตำบล	1.กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด จัดทำแผนงาน มีกิจกรรม คือ	รหัสดงบประมาณ 21002117J5000000/O3102 จำนวน 525,036 บาท (ห้าแสนสองหมื่นห้าพันสามสิบทกบาทถ้วน)	←—————→	มิ.ย 63	นางขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์
	2.เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย		1.1 จัดประชุมแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใน 4 ตำบลที่มีอัตรา	-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 50คนx30บาทx2มือx4ครั้ง = 12,000บาท		36,000 บาท	รับรองสำเนาถูกต้อง
	ในด้านการป้องกันโรค		การตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมากกว่า ร้อยละ 5	-ค่าอาหารกลางวัน 50คนx120บาทx1มือx4ครั้ง = 24,000บาท			นางขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
				รวมเป็น 36,000 บาท			- 1 ก.ค. 2563

ที่ อก ๐๓๐๙/(ส.๓) ๖.๑๕๑๑



สำนักบริหารจัดการกากอุตสาหกรรม
กรมโรงงานอุตสาหกรรม
ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

- ๔ ส.ค. ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการฝึกอบรม เรื่อง “การนำเข้าหรือส่งออกวัตถุอันตรายที่เป็นของเสียเคมีวัตถุ (Chemical Wastes)”

เรียน ผู้ประกอบการ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการฝึกอบรม
- ๒. แบบตอบรับการเข้าร่วมฝึกอบรม

ด้วยสำนักบริหารจัดการกากอุตสาหกรรม กรมโรงงานอุตสาหกรรม ได้กำหนดให้มีการจัดฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ประกอบการ เรื่อง “การนำเข้าส่งออกวัตถุอันตรายที่เป็นของเสียเคมีวัตถุ (Chemical Wastes)” ในวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๐ เวลา ๙.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๕๐๙ อาคารกรมโรงงานอุตสาหกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการนำเข้าหรือส่งออกวัตถุอันตรายที่เป็นของเสียเคมีวัตถุ (Chemical Wastes) ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ และของเสียอันตรายตามอนุสัญญาบาเซล ให้แก่ผู้ประกอบการกิจการอุตสาหกรรมได้ทราบถึงแนวทางการบริหารจัดการกากอุตสาหกรรม อันจะนำไปสู่การปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุอันตรายได้อย่างถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน ดังกำหนดการฝึกอบรมตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

สำนักบริหารจัดการกากอุตสาหกรรม จึงขอเชิญท่านหรือผู้แทน จำนวน ๒ ท่าน เข้าร่วมการฝึกอบรมดังกล่าวข้างต้น โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ให้แจ้งตอบรับการเข้าร่วมการฝึกอบรมที่เว็บไซต์ www2.div.go.th/iwmb หรือทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๒๐๒ ๔๐๐๓ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ภายในวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๐ หากมีข้อสงสัยหรือต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมติดต่อนางสาวจิตติยา ชูทอง และนางสาวจอมขวัญ อาคมนานท์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๒ ๔๑๖๖

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุธน อยู่เกตุ)

เอกสารที่เป็นสำเนาเอกสาร
เบิก-จ่ายเงิน จะต้องรับรองสำเนา
ถูกต้องทุกฉบับ

กำหนดการอบรม

โครงการอบรมพัฒนาประสิทธิภาพบุคลากรเทศบาล

หลักสูตร การให้ความรู้การป้องกันอัคคีภัยและการอพยพหนีไฟในอาคารสูง

ในวันเสาร์ที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑

ณ ห้องประชุมชั้น ๕ และลานจอดรถชั้น ๑ เทศบาลนครปากเกร็ด

วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑

- ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. ลงทะเบียนผู้เข้ารับการอบรม
- ๐๙.๐๐ - ๐๙.๓๐ น. พิธีเปิดโครงการอบรม
- ๐๙.๓๐ - ๑๐.๓๐ น. บรรยายภาคทฤษฎี หัวข้อ ทฤษฎีการเกิดเพลิงไหม้/การแบ่งประเภทของไฟ/การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในสถานการณ์เหตุเพลิงไหม้/การป้องกันแหล่งกำเนิดของการติดไฟ โดยวิทยากร ทีมงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครปากเกร็ด
- ๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- ๑๐.๔๕ - ๑๒.๐๐ น. บรรยายภาคทฤษฎี หัวข้อ เครื่องดับเพลิงประเภทต่างๆ/วิธีดับเพลิงตามชนิดของเครื่องดับเพลิง/วิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย/วิธีหนีไฟ/วิธีการค้นหาและช่วยเหลือผู้ประสบภัย โดยวิทยากร ทีมงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครปากเกร็ด
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- ๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น. ฝึกภาคปฏิบัติผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ การใช้เครื่องมือดับเพลิง / ฝึกการค้นหาและช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย โดยวิทยากร ทีมงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครปากเกร็ด
- ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น. รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- ๑๔.๔๕ - ๑๕.๓๐ น. ฝึกภาคปฏิบัติการอพยพหนีไฟในอาคารสูง โดยวิทยากร ทีมงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครปากเกร็ด
- ๑๕.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ประเมินผลการฝึกภาคปฏิบัติการอพยพหนีไฟ โดยวิทยากร ทีมงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครปากเกร็ด

รูปเล่มของรายงานการสรุปโครงการ



บันทึกข้อความ

๑. หน้าปก
๒. บันทึกข้อความรายงานผลการดำเนินงานโครงการ
๓. สรุปรายงานผลโครงการ
๔. แบบประเมินความพึงพอใจ
๕. ภาคผนวก
 - ๕.๑ สำเนาบันทึกข้อความ ขออนุญาตจัดโครงการ
 - ๕.๒ สำเนาโครงการ
 - ๕.๓ สำเนาคำสั่ง(ถ้ามี)
 - ๕.๔ รูปภาพ
 - ๕.๕ สำเนาบัญชีลงเวลา
 - ๕.๖ อื่นๆ

ส่วนราชการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ที่ วันที่

เรื่อง การรายงานผลการดำเนินงานโครงการ.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ด้วยกลุ่มงาน.....ได้ดำเนินการโครงการ
.....สำเร็จลุล่วงไปแล้วนั้น
บัดนี้ กลุ่มงาน.....จึงขอรายงานผลการดำเนินงานโครงการ
..... ดังกล่าว
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ
(.....)
ผู้รับผิดชอบโครงการ

ความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....

ลงชื่อ.....
(.....)

๘. สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัดของ โครงการ / กิจกรรม	สภาพความสำเร็จ		ผลการดำเนินงาน
		บรรลุ	ไม่บรรลุ	

๙. สรุปในภาพรวม

๙.๑ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในครั้งนี้

.....

๙.๒ จุดที่ควรพัฒนาของโครงการ / กิจกรรม ในครั้งนี้

.....

๙.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาของโครงการ / กิจกรรม ในครั้งนี้

.....

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับผิดชอบโครงการ

แบบประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงาน / โครงการ

ชื่องาน / โครงการกลุ่มงาน.....

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (/) ตามรายการที่เป็นจริงหรือเห็นว่าเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

ระดับ ๑ หมายถึง ประเมินผลอยู่ในระดับต่ำกว่า ๘๐ % ระดับ ๒ หมายถึง ประเมินผลอยู่ในระดับ ๕๐ -๗๔ %

ระดับ ๓ หมายถึง ประเมินผลอยู่ในระดับ ๗๕ -๘๙ % ระดับ ๔ หมายถึง ประเมินผลอยู่ในระดับสูงกว่า ๙๐ %

รายการประเมิน	ระดับคะแนน			
	๑	๒	๓	๔
๑. ด้านทรัพยากรที่ใช้				
๑.๑ ความเหมาะสมของงบประมาณ				
๑.๒ ความเหมาะสมของโครงการกับสภาพการดำเนินการจริง				
๑.๓ ความร่วมมือของบุคลากร ผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน /โครงการ				
๑.๔ ปริมาณวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการดำเนินงาน/โครงการ				
๑.๕ ความเหมาะสมของสถานที่ที่ใช้ในการดำเนินงาน/โครงการ				
๒. ประเมินกระบวนการดำเนินงานตามกระบวนการ				
๒.๑ โครงการมีการดำเนินงานตามขั้นตอนและวิธีการดำเนินโครงการ				
๒.๒ ความเหมาะสมของกิจกรรมและขั้นตอนวิธีการดำเนินโครงการ				
๒.๓ ขั้นตอนและวิธีการในการดำเนินโครงการสามารถส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ได้ตามวัตถุประสงค์ และ เป้าหมาย เชิงคุณภาพ				
๒.๔ ขั้นตอนและวิธีการดำเนินโครงการมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่าง ผู้รับผิดชอบโครงการ /วิทยากร/ผู้เข้าร่วมโครงการ				
๓. ประเมินผลการดำเนินงาน				
๓.๑ ผลการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด				
๓.๒ ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายเชิงคุณภาพที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด				
๓.๓ ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายเชิงปริมาณที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด				
รวม				

สรุปผลการประเมินโดยเฉลี่ย (ผลรวมทุกช่องหารด้วย ๑๒) =

() เป็นที่พอใจมาก (๓.๖ - ๔.๐)

() เป็นที่พอใจ (๒.๕ - ๓.๕)

() ไม่เป็นที่พอใจ (๑.๕ - ๒.๔)

() ไม่เป็นที่พอใจอย่างยิ่ง (ต่ำกว่า

๑.๕)

สรุป: ผลการประเมินตามเป้าหมาย () บรรลุ

() ไม่บรรลุ

ลงชื่อ

.....

ผู้รับผิดชอบโครงการ

รูปเล่มของรายงานการสรุปแผนปฏิบัติราชการ

๑. หน้าปก
๒. บันทึกข้อความรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ
๓. สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ
๔. ภาคผนวก
 - ๔.๑ สำเนาบันทึกข้อความ ขออนุญาตจัดแผนปฏิบัติราชการ
 - ๔.๒ สำเนาแผนปฏิบัติราชการ
 - ๔.๓ สำเนาคำสั่ง(ถ้ามี)
 - ๔.๔ รูปภาพ
 - ๔.๕ สำเนาบัญชีลงเวลา
 - ๔.๖ อื่นๆ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ที่ วันที่

เรื่อง การรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ด้วยกลุ่มงาน.....ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติราชการ
.....สำเร็จลุล่วงไปแล้วนั้น

บัดนี้ กลุ่มงาน.....จึงขอรายงานผลการดำเนินงานตาม
แผนปฏิบัติราชการ..... ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับผิดชอบแผนปฏิบัติราชการ

ความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....

ลงชื่อ.....

(.....)

สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ.....

ปีงบประมาณ.....

กลุ่มงาน.....

ยุทธศาสตร์ สสจ.อุดรธานี.....

นโยบาย สสจ.อุดรธานี.....

๑. หลักการและเหตุผล

.....
.....
.....

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑

๒.๒

๓. เป้าหมาย

๓.๑

๓.๒

๔. วิธีดำเนินการ

กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.		
๒.		
๓.		
๔.		
๕.		

๕. งบประมาณ

หมวดเงิน/กิจกรรม	งบประมาณ		
	ได้รับจัดสรร	เบิก-จ่าย	ร้อยละ

๖. สรุปผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์

ที่	วัตถุประสงค์ของแผน	กิจกรรม	สภาพความสำเร็จ		ผลการดำเนินงาน
			บรรลุ	ไม่บรรลุ	

๗. สรุปในภาพรวม

๗.๑ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในครั้งนี้

.....
.....
.....
.....

๗.๒ จุดที่ควรพัฒนาของแผนฯ / กิจกรรม ในครั้งนี้

.....
.....
.....

๗.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาของแผนฯ / กิจกรรม ในครั้งนี้

.....
.....
.....

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับผิดชอบแผนปฏิบัติราชการ

เอกสารประกอบในการจัดซื้อจัดจ้าง ควรมีรายละเอียด ดังนี้ (กรณีส่วนราชการจัดฝึกอบรม)

เอกสารประกอบในการจัดซื้อจัดจ้าง ควรมีรายละเอียด ดังนี้

๑. บันทึกรายขอเบิกเงิน
๒. สำเนาบันทึกขออนุมัติโครงการ/สำเนาบันทึกขออนุมัติจัด(กรณีขอภายหลังขออนุมัติโครงการ, ใช้สำเนาโดยระบุว่าต้นฉบับแนบอยู่กับเรื่องใด
๓. บันทึกขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการ/ผู้ร่างขอบเขตรายละเอียดของงาน/พัสดุ
๔. รายงานขอซื้อ/จ้าง
๕. ใบเสนอราคา อย่างน้อย ๓ ราย
๖. รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสั่งจ้าง
๗. ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา
๘. สำเนาหนังสือจดทะเบียน/ภพ.๒๐ และหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง
๙. ใบสั่งซื้อ/จ้าง/ตามแบบที่กำหนด
๑๐. สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารผู้รับจ้างพร้อมรายการเคลื่อนไหวย้อนหลังไม่เกิน ๖ เดือน
๑๑. ใบ PO (กรณีวงเงินเกิน ๕,๐๐๐ บาท) จ่ายตรงเจ้าหน้าที่หรือผู้มีสิทธิ
๑๒. ใบส่งมอบงาน/ใบแจ้งหนี้/ใบส่งของ/ใบกำกับภาษี
๑๓. ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง
๑๔. แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจ



เอกสารประกอบในการจัดซื้อจัดจ้าง ควรมีรายละเอียด ดังนี้ (กรณีส่วนราชการจัดฝึกอบรม)

หมายเหตุ

ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๐๕.๔/ว.๓๒๒ ลงวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๐ เรื่องแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างผ่านระบบ EGP จัดซื้อจัดจ้างกรณีเงินเกิน ๕,๐๐๐ บาท ต้องดำเนินการในระบบ EGP

การจัดซื้อจัดจ้างที่ไม่ต้องดำเนินการในระบบ EGP

- กรณีวงเงินจัดซื้อจัดจ้างต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท
- กรณีดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างตามข้อ ๗๙ วรรคสอง (กรณีเร่งด่วน)
- กรณีจ้างเหมาบุคคลธรรมดา ตามหนังสือกรมบัญชีกลางด่วนที่สุด ที่กค ๐๔๒๑.๔/ว.๘๒ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖
- กรณีการซื้อน้ำมันเชื้อเพลิงไม่ถึง ๑๐๐๐๐ ลิตร และไม่มีภาระเก็บรักษาน้ำมันเชื้อเพลิง
- การดำเนินการในระบบ EGP ให้พิมพ์เอกสารจากระบบ EGP มาดำเนินการทุกขั้นตอน และกรณีจัดซื้อหรือจัดจ้างจากห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล ห้างหุ้นส่วนสามัญ วงเงินตั้งแต่ ๕๐๐๐ บาทให้ดำเนินการจ่ายตรงเข้าบัญชีผู้ขาย



หนังสือใบสำคัญ.....

หมวดรายจ่าย..เงินบำรุง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี...

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	รวมเงิน	เลขที่ใบสำคัญ	หมายเหตุ
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี				
	ค่าวัสดุสำนักงาน				
1	ร้านเพื่อนเรียน	9,300.00	9,300.00		
	รวม	9,300.00	9,300.00		

(เก็บพันสามร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี โทร.๐ ๔๒๒๒-๒๓๕๖ ต่อ ๑๓๓๓
ที่ อต ๐๐๓๒.๐๑๓๗/๑๕๗
เรื่อง ขออนุมัติในหลักการ

วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี

ด้วยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี มีความประสงค์ขออนุมัติซื้อป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ ดังนี้

๑. ป้ายใส่บัตรคล้องคอ แบบไม่มีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓๐๐ อันๆละ ๒๗.-บาท เป็นเงิน ๘,๑๐๐.-บาท
๒. ป้ายใส่บัตรคล้องคอ แบบมีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๐ อันๆละ ๑๒๐.-บาท เป็นเงิน ๑,๒๐๐.-บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๙,๓๐๐.-บาท(เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน)

เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ใช้ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุตรธานี

ทั้งนี้ โดยขออนุมัติเบิกจ่ายจาก เงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี

() ให้กลุ่มงานดำเนินการเอง () แจ้งกลุ่มงานบริหารดำเนินการต่อไปด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติในหลักการ

(ลงชื่อ).....
(นายมารุต นามบุตร)
นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ

อนุมัติ

ดำเนินการตามระเบียบ

(นายประเมษฐ์ กิ่งไถ่)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี โทร.๐๔๒-๒๒๒๓๕๖ ต่อ ๑๓๓๓
ที่ อต ๐๐๓๒.๐๑๓๗/๑๖๑
เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน

วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี

ตามที่กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ได้ซื้อหรือจ้าง ป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง กับ ร้านเพื่อนเรียน เป็นเงิน ๙,๓๐๐.-บาท(เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน) ตามหนังสือสั่งซื้อสั่งจ้าง/สัญญาเลขที่ ๘/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ นั้น

บัดนี้ ผู้รับขายได้ส่งมอบพัสดุดังกล่าวแล้ว และผู้ตรวจรับได้ตรวจรับของถูกต้องแล้ว จึงขอส่งเอกสารเพื่อขออนุมัติเบิกจ่ายเงินให้ ร้านเพื่อนเรียน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๙,๓๐๐.-บาท(เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน) ซึ่งได้เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว จากเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี ปี ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติเบิกจ่ายเงินต่อไป

(นางพัชนี สุ่มมาตย์)

เจ้าพนักงานธุรการ ชำนาญงาน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี

-ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติ

(นายมารุต นามบุตร)

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี
งานตรวจสอบภายใน ตรวจสอบเอกสาร
หลักฐาน ครบถ้วน ถูกต้อง เรียบร้อยแล้ว

(นางอาทิตย์ยา พุ่งกิจ)
นักวิชาการเงินและบัญชี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี โทร.๐๔๒-๒๒๒๓๕๖ ต่อ ๑๓๓
ที่ อต ๐๐๓๒.๐๑๗/๓๓๑๔ วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๔
เรื่อง ขออนุมัติซื้อ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรธานี (โดยนายแพทย์สาธารณสุขปฏิบัติราชการแทน)

๑. ด้วยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี มีความประสงค์ขออนุมัติซื้อ ป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ใช้ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุตรธานี ดังนี้

๑.๑ ป้ายใส่บัตรคล้องคอแบบไม่มีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓๐๐ อันๆ ละ ๒๗.-บาท เป็นเงิน ๘,๑๐๐.-บาท

๑.๒ ป้ายใส่บัตรคล้องคอแบบมีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๐ อันๆ ละ ๑๒๐.-บาท เป็นเงิน ๑,๒๐๐.-บาท

โดยขออนุมัติเบิกจ่ายจากเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๙,๓๐๐.-บาท(เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน)

ความต้องการใช้พัสดุภายในกำหนด๑๕วัน

๒. ในการนี้ขอแต่งตั้งให้

๒.๑นายเจนวิทย์ เขตเจริญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ประธานกรรมการ

๒.๒นายมรกต พิมพ์เลีย ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส กรรมการ

๒.๓ นางภัทรพร กิจควรดี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรรมการ

เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการจัดทำร่างขอบเขตงาน หรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุที่จะซื้อหรือจ้างตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยเกณฑ์การจัดซื้อหรือจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๒๑

จึงเรียนเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ


(นางพัชนี สุ่มมาตย์)
เจ้าหน้าที่

อนุมัติ
ดำเนินการตามระเบียบ



(นายเจนวิทย์ เขตเจริญ)
นักวิชาการสาธารณสุข (เชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมสุขภาพ))
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรธานี

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรธานี
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

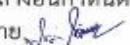

(นายมรกต นามบุตร)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

รายละเอียดขอบเขตงานหรือรายละเอียดของคุณลักษณะของพัสดุที่จัดซื้อจัดจ้าง
สำหรับการซื้อป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ

๑.รายละเอียดงานจ้าง/ซื้อ

ลำดับที่	รายละเอียดขอบเขตงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะของพัสดุที่ต้องการจะซื้อหรือจ้าง	จำนวน/หน่วย	ราคากลาง/หน่วย	ราคารวม
๑	ป้ายใส่บัตรคล้องคอแบบไม่มีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข -ของพลาสติกใส ขนาด ๘x๑๓ ซม. -เชือกคล้องค้อมีที่หนีบ หรือที่สอดคล้องบัตร	๓๐๐ อัน	๒๗.-บาท	๘,๑๐๐.-
๒	ป้ายใส่บัตรคล้องคอแบบมีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข -ของพลาสติกด้านหน้าใส ขนาด ๗x๑๐ ซม. -เชือกคล้องค้อมีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข และมีที่หนีบ หรือที่สอดคล้องบัตร	๑๐ อัน	๑๒๐.-บาท	๑,๒๐๐.✓

แหล่งที่มาของราคากลาง

- ราคามาจากการคำนวณตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกลางกำหนด
- ราคามาจากฐานข้อมูลราคาอ้างอิงของพัสดุที่กรมบัญชีกลางจัดทำ
- ราคามาตรฐานที่สำคัญงบประมาณหรือหน่วยงานกลางอื่นกำหนด
- ราคามาจากการสืบจากท้องตลาด จำนวน ๓ ราย 
- ราคามาจากที่เคยซื้อจ้างครั้งหลังสุดภายในระยะเวลา ๒ ปีงบประมาณ ตามใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ - ลงวันที่ -

๒. กำหนดระยะเวลาส่งมอบพัสดุ

ภายใน๑๐วัน นับจากวันที่ผู้รับจ้างลงนามรับใบสั่งซื้อ /ใบสั่งซื้อ

๓. งบประมาณที่ใช้ดำเนินการ


เงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี รวมเป็นเงิน ๙,๓๐๐.-บาท (เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน)


๔. อัตราค่าปรับ


อัตราร้อยละ ๐.๒ ของราคางานซื้อ ต่อวันแต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐บาท

๕. เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา

เกณฑ์ราคา

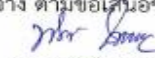
(ลงชื่อ)..........ผู้กำหนดขอบเขตงาน
(นายเจนวิทย์ เขตเจริญ)

(ลงชื่อ)..........ผู้กำหนดขอบเขตงาน
(นายมรกต พิมพ์เลีย)

(ลงชื่อ)..........ผู้กำหนดขอบเขตงาน
(นางภัทรพร กิจควรดี)

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรธานี

เพื่อโปรดพิจารณาให้ความเห็นชอบให้ร่างขอบเขตงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุที่จะซื้อหรือจ้าง ตามข้อเสนอดังต้นเพื่อประกอบการจัดหาพัสดุดังระเบียบฯ ต่อไป


(นางพัชนี สุ่มมาตย์)
เจ้าหน้าที่


(นายมรกต นามบุตร)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ
ดำเนินการตามระเบียบ


(นายเจนวิทย์ เขตเจริญ)

(นายเจนวิทย์ เขตเจริญ(ด้านส่งเสริมสุขภาพ))



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี
ที่ อค ๐๐๓๒.๐๑๓/๓๓๓๓ วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔
เรื่อง รายงานขอซื้อของจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรธานี (โดยนายแพทย์สาธารณสุขปฏิบัติราชการแทน)

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี มีความประสงค์จะซื้อป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องซื้อ เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ใช้ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดอุตรธานี
- รายละเอียดของพัสดุ รายละเอียดแนบท้าย
- ราคากลางและรายละเอียดของราคากลาง ๙,๓๐๐.๐๐ บาท(เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน)
- วงเงินที่ซื้อเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวนเงิน ๙,๓๐๐.๐๐ บาท(เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน)
- กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ กำหนดเวลาการส่งมอบงาน หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๑๐ วัน
- วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ
ดำเนินการด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไปและมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง
- หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ
พิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา
- การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ
คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ
นายเจนวิทย์ เขตเจริญ ประธานกรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ นายมรกด พิมพาเลีย กรรมการ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส กรรมการ
นางภัทรพร กิจควรวดี กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ กรรมการ

ย้านางหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้ดำเนินการตามรายละเอียดในรายงานของซื้อของจ้างดังกล่าวข้างต้น

(นางพิชณี สุ่มมาตย์)

อนุมัติ เจ้าหน้าที่

ดำเนินการตามระเบียบ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรธานี

เห็นควรอนุมัติ

(นายณรงค์ นามบุตร)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายณรงค์ นามบุตร)

นักวิชาการสาธารณสุข (ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)

ผู้อำนวยการแผนกแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี

รายละเอียดสำหรับการซื้อป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วยนับ	ราคาต่อหน่วย	รวมเป็นเงิน	
๑	ป้ายใส่บัตรคล้องคอแบบไม่มีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข -ของพลาสติกใส ขนาด ๘x๑๓ ซม. -เชือกคล้องคอมีที่หนีบ หรือที่สอดคล้องบัตร	๓๐๐	อัน	๒๗.๐๐	๘,๑๐๐.๐๐	
๒	ป้ายใส่บัตรคล้องคอแบบมีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข -ของพลาสติกด้านหน้าใส ขนาด ๗x๑๐ ซม. -เชือกคล้องคอมีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข และมีที่หนีบ หรือที่สอดคล้องบัตร	๑๐	อัน	๑๒๐.๐๐	๑,๒๐๐.๐๐	
รวมเป็นเงิน					เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน	๙,๓๐๐.๐๐

หมายเหตุ ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว

(นางพิชณี สุ่มมาตย์)

เจ้าหน้าที่

(นายณรงค์ นามบุตร)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ดำเนินการตามระเบียบ

ผู้อนุมัติ

(นายณรงค์ นามบุตร)

นักวิชาการสาธารณสุข (ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)
ผู้อำนวยการแผนกแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการจังหวัดอุตรธานี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ที่ อค ๐๐๓๒.๐๑๓๗/๓๓๓๑ วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔
เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อ ป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	ผู้ชนะการเสนอราคา	ราคาที่เสนอ (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)	ราคา ที่ตกลงซื้อหรือจ้าง (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)
ป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ (รายละเอียดแนบท้าย)	ร้านเพื่อนเรียน	๙,๓๐๐.๐๐	๙,๓๐๐.๐๐
(เก้าอี้พับสามร้อยบาทถ้วน)	รวม	๙,๓๐๐.๐๐	๙,๓๐๐.๐๐

*ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อ เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

เกณฑ์การพิจารณาการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาดัดสินโดยใช้เกณฑ์ราคา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสิ่งจ้างจากผู้เสนอราคา ดังกล่าว


(นางพิชณี สุ่มมาตย์)
เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ


(นายนารัต นราพิทยารัต)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ
ดำเนินการตามระเบียบ


(นายอุเทน หานแก้ว)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมสุขภาพ)
รักษาการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

ร้านเพื่อนเรียน อุดรธานี (นางสุรางค์ นราพิทยารัต)

เลขที่ 23/4 ถ.โพธิ์พิสัย ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000
โทร. 089-712-8982 แฟกซ์. 042-244-759 อีเมลล์.puanrean@yahoo.com
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 3100100682794

Website: www.facebook.com/puanrean.udon Line: puanrean.udon

เพื่อนเรียน

ใบเสนอราคา / QUOTATION

เรียน/Attention: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี	เลขที่/ No. : 09/21
4 ถ.อโศก ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000	วันที่ Date : ๙ พ.ย. 2564
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0994000359616	Contact :

ขอเสนอราคาและเงื่อนไขสำหรับท่านดังนี้

ลำดับที่ ITEM	รายการ DESCRIPTION	จำนวน Quantity	หน่วย Unit	ราคา Price	จำนวนเงิน Amount
1	ป้ายใส่บัตรคล้องคอแบบสีสัญลักษณ์กระทรวงฯ	300	อัน	27	8,100.00
2	ป้ายใส่บัตรคล้องคอแบบสีสัญลักษณ์กระทรวงฯ	10	อัน	120.00	1,200.00
				รวมเงิน	8,691.59
				Vat7%	608.41
				รวมทั้งสิ้น	9,300.00

เก้าอี้พับสามร้อยบาทถ้วน

ผู้สั่งซื้อ..... (.....)	ข้าพเจ้ารับรองว่า จะส่งมอบของดังกล่าวข้างต้นได้ภายในกำหนด
ชื่อกำหนดและเงื่อนไขการขอใบเสนอราคา มีผล : ครบ 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตอบรับใบเสนอราคา การจัดส่ง : ภายใน 10 วัน (หลังจากตอบรับใบเสนอราคา)	ผู้เสนอราคา..... (...สุรางค์ นราพิทยารัต...) ๙ พ.ย. 2564
เงื่อนไขการชำระเงิน	หมายเหตุ : ราคาค่าตกลงตามเงื่อนไขภายใน 7 วัน

โอนเงิน ชื่อบัญชี : นางสุรางค์ นราพิทยารัต / บัญชีออมทรัพย์
ช.กรุงไทย สาขา อุดรธานี : 401-1-36924-1 ธ.กสิกรไทย สาขาเซินทรัลพลาซ่า อุดรธานี : 512-2-08131-3
หรือ ส่งจ่ายเช็ค ในนาม : ร้านเพื่อนเรียน โดย นางสุรางค์ นราพิทยารัต



Shopee

Visit

สายคล้องป้ายชื่อขอบนุ่ม สกรีนแน่น+กรอบใส ตราก...

4.7 ★★★★★ (19) · ฿120.00* · มีสินค้า · แรนด์: สากลเครื่องหมาย ชำราชการ

สายคล้องป้ายชื่อ **ตราอสม** ตรากะทรง สาธารณสุข , - สายคล้องบัตร พกไปไหนก็ สะดวก, - สวยงาม เป็นระเบียบเรียบร้อยมีเอกลักษณ์, - แกรมกรอบใสใสบัตร ...

ตำนานสุดต้อง
นางพัชรี สุวรรณรัตน์
เจ้าหน้าที่งานธุรการชำนาญการ



Lazada

Visit

ซองใสบัตรพนักงาน ป้ายชื่อ ป้ายแขวนคอ ป้ายห้อยคอ ...

3.8 ★★★★★ (7) · ฿35.00* · แรนด์: No Brand

ซองใสบัตรพนักงาน ป้ายชื่อ ป้ายแขวนคอ ป้ายห้อยคอ พร้อมสายคล้องคอ ป้ายคล้องคอ พนักงาน ใสบัตรพนักงาน / นักเรียน แนวตั้ง.ซองใสบัตรพนักงาน แนวตั้ง แนวนอน ...

ตำนานสุดต้อง
นางพัชรี สุวรรณรัตน์
เจ้าหน้าที่งานธุรการชำนาญการ



Lazada

Visit

ป้ายห้อยคอ ป้ายห้อยบัตร
สายคล้องคอ ป้ายคล้องคอ...

฿98.00* · แแบรนด์: STJ PRODUCT

ป้ายใส่บัตรพนักงาน/นักเรียน พร้อมสายคล้อง
คอผลิตจากพลาสติกอย่างดีรองรับบัตรขนาด
90x54 mm. ช่วยป้องกันข้อมูลบัตร รูปถ่าย
ชำรุดเสียหาย

* ตรวจสอบเว็บไซต์เพื่อดูราคาและความพร้อมใน

สำเนาถูกต้อง
นางพัชรี ตู้อภินันท์
(นางพัชรี ตู้อภินันท์)
เจ้าหน้าที่งานธุรการชำนาญงาน

Discover

สแนปชอต

ค้นหา

คอลเล็กชัน

ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง

ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ร้านเพื่อนเรียน
ที่อยู่ เลขที่ ๒๓/๔ ถนนโพธิ์ชัย ตำบลหมากแข้ง
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ๔๓๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๔๒-๒๔๔๗๕๕๔
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๓๑๐๐๓๐๐๖๘๒๗๕๔
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ๘/๒๕๖๔
วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔
ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ที่อยู่ ๔ ถนนอธิปัต ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
โทรศัพท์ ๐-๔๒๒-๒๓๕๖ ต่อ ๓๑๑

ตามที่ ร้านเพื่อนเรียน ได้เสนอราคาไว้ต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ซึ่งได้รับราคาและตกลงราคาซื้อ/จ้าง ตาม
รายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ (รายละเอียดแนบท้าย)	๑	งาน	๙,๓๐๐.๐๐	๙,๓๐๐.๐๐
รวมเป็นเงิน					๙,๖๔๑.๕๔
ภาษีมูลค่าเพิ่ม					๖๐๘.๔๑
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					๙,๓๐๐.๐๐

(เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน)

การซื้อ/สั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๑๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๔
- สถานที่ส่งมอบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ๔ ถนนอธิปัต
- ระยะเวลาประกัน ๓๐ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยัง

ไม่ได้รับมอบแต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐บาท

- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- กรณีงานจ้าง ผู้รับจ้างต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนสัญญาไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่งวันแต่การจ้างช่วง
งานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว กรณีผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานบางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นสาเหตุให้
ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดชอบ หรือพ้นหน้าที่ตามสัญญา และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดชอบในคุณภาพของงานที่ได้รับจ้าง
ช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วนโดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่ง
ผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตรา ร้อยละ ๑๐(สิบ) ของวงเงินของงานที่จ้างช่วงตามสัญญา ทั้งนี้ไม่ตัด
สิทธิ์ผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา

๘. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตาม
สัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ- ซื้อป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ/จ้าง

(นายมารุต นามบุตร)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง

(นางสุรางค์ นราพิทยาร)

เจ้าของกิจการ

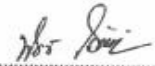
วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

รายละเอียดสำหรับการซื้อป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วยนับ	ราคาต่อหน่วย	รวมเป็นเงิน
๑	ป้ายใส่บัตรคล้องคอแบบไม่มีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข -ของพลาสติกใส ขนาด ๘x๑๓ ซม. -เชือกคล้องคอมีที่หนีบ หรือที่สอดคล้องบัตร	๓๐๐	อัน	๒๗.๐๐	๘,๑๐๐.๐๐
๒	ป้ายใส่บัตรคล้องคอแบบมีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข -ของพลาสติกด้านหน้าใส ขนาด ๗x๑๐ ซม. -เชือกคล้องคอมีสัญลักษณ์กระทรวงสาธารณสุข และมีที่หนีบ หรือที่สอดคล้องบัตร	๑๐	อัน	๑๒๐.๐๐	๑,๒๐๐.๐๐
รวมเป็นเงิน					๙,๓๐๐.๐๐

หมายเหตุ ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว



(นางพัชณี สุ่มมาตย์)

เจ้าพนักงาน



(นายมารุต นามบุตร)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ดำเนินการตามระเบียบ



ผู้อนุมัติ

(นายมารุต นามบุตร)

ข้าพเจ้าขอออกใบรับรองการปฏิบัติงานของคู่สัญญา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ปฎิบัติราชการแทนผู้อำนวยการจังหวัดอุดรธานี

ใบส่งมอบงาน

วันที่

เรียน คณะกรรมการตรวจรับพัสดุในงานจ้าง

ตามที่ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ได้ตกลงจ้างให้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
..... ปฏิบัติงาน (ระบุตำแหน่งงาน และสถานที่ปฏิบัติงาน)
..... ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ตามบันทึกข้อตกลงจ้าง เลขที่
..... ลงวันที่ อัตราค่าจ้างเดือนละ บาท
จำนวน เดือน รวมเป็นเงิน บาท (.....) นั้น

ข้าพเจ้าได้ปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง/บันทึกข้อตกลงจ้าง ประจำเดือน..... เสร็จ
เรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งมอบงานจ้าง พร้อมแนบบันทึกการปฏิบัติงานประจำวันและบัญชีลงเวลาการมา
ปฏิบัติงาน เพื่อให้ตรวจรับและขอเบิกจ่ายเงินค่าจ้าง เป็นจำนวนเงิน..... บาท
(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาตรวจรับงานจ้างและเบิกเงินค่าจ้างประจำเดือน.....
ให้แก่ข้าพเจ้าด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ ผู้รับจ้าง
(.....)

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

ตามหนังสือสัญญาเลขที่ ๘/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุตรธานี ได้ตกลง ซื้อ กับ ร้านเพื่อนเรียน สำหรับโครงการ ซื้อป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธี
เฉพาะเจาะจง เป็นเงินทั้งสิ้น ๙,๓๐๐.๐๐บาท(เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงานแล้ว ผลปรากฏว่า

๑. ผู้ตรวจรับ

ถูกต้อง

ครบถ้วนตามสัญญา

ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

มีค่าปรับ

ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงินจำนวนทั้งสิ้น ๙,๓๐๐.๐๐บาท(เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ

(นายเจนวิทย์ เขตเจริญ)

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(นายมรกต พิมพ์เสียบ)

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(นางภัทรพร กิจควรดี)

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรธานี

- เพื่อโปรดทราบ

- คณะกรรมการได้ตรวจรับไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

- เห็นควรทำเรื่องเบิกจ่ายต่อไป

.....

(นางพัชนี สุ่มมาตย์)

เจ้าหน้าที่

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่

เห็นชอบ

.....

(นายมารุต นามบุตร)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ความเห็นหัวหน้าหน่วยงานของรัฐ

- ทราบ

- เห็นชอบ

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

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

ตามหนังสือสัญญาเลขที่ ๘/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี ได้ตกลง ซื้อ กับ ร้านเพื่อนเรียน สำหรับโครงการ ซื้อป้ายใส่บัตรคล้องคอ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธี เฉพาะเจาะจง เป็นเงินทั้งสิ้น ๙,๓๐๐.๐๐บาท(เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงานแล้ว ผลปรากฏว่า

- ๑. ผู้ตรวจรับ
 - ถูกต้อง
 - ครบถ้วนตามสัญญา
 - ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

- ๒. ค่าปรับ
 - มีค่าปรับ
 - ไม่มีค่าปรับ

- ๓. การเบิกจ่ายเงิน
 - เบิกจ่ายเงินจำนวนทั้งสิ้น ๙,๓๐๐.๐๐บาท(เก้าพันสามร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ
(นายเจนวิทย์ เขตเจริญ)

(ลงชื่อ).....กรรมการ
(นายมรกต พิมพ์เลีย)

(ลงชื่อ).....กรรมการ
(นางภัทรพร กิจควรดี)

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

- เพื่อโปรดทราบ
- คณะกรรมการได้ตรวจรับไว้เป็นการถูกต้องแล้ว
- เห็นควรทำเรื่องเบิกจ่ายต่อไป



(นางพัชนี สุ่มมาตย์)
เจ้าหน้าที่

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่

เห็นชอบ



(นายมารูธ นามนนต์)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ความเห็นหัวหน้าหน่วยงานของรัฐ

- ทราบ
- เห็นชอบ

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

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ข้าพเจ้า (เจ้าหน้าที่)

ข้าพเจ้า (ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ข้าพเจ้า (กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ข้าพเจ้า (กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้การรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม
(ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม
(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม
(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

หมายเหตุ หากเพิ่มเติมคณะกรรมการสามารถดำเนินการภายใต้แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจ ๖ นี้ได้โดยอนุโลม



ตัวอย่าง

ทะเบียนเลขที่ 0123553000022
คำขอที่ 1251553000005

11/11 พ.ศ. 6405

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์
ใบทะเบียนพาณิชย์
ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า

บริษัท พาณิชย์มิวสิก จำกัด

ได้จดทะเบียนพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2499

เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2553

ซึ่งใช้ในการประกอบพาณิชย์กิจ

บริษัท พาณิชย์มิวสิก จำกัด

เขียนเป็นอักษรโรมัน

ชนิดแห่งพาณิชย์กิจ

ประกอบกิจการขาย หรือให้เช่าแผ่นซีดี แอมป์บันทึกวีดิทัศน์ ดีวีดี หรือแผ่นวีดิทัศน์ระบบดิจิทัล

เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการบันเทิง

ที่ตั้งสำนักงานแห่งใหญ่

เลขที่ 44/100 หมู่ที่ - ตระก้อ/ชอช - ถนน นนทบุรี 1

ตำบลบางเขน แขวงบางเขน อำเภอบางเขน กรุงเทพมหานคร จังหวัด นนทบุรี

ออกให้ ณ วันที่



พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง



ใบส่งสินค้า/ใบกำกับภาษี

เลขที่ / No. DN201907000002
วันที่ / Issue 06/07/2562

ข้อมูลลูกค้า	ใบเสนอราคา / Quotation QU-20190600001
ลูกค้า / Customer ลูกค้าทดสอบ2	พนักงานขาย / Sales บริษัท วิญญา
ที่อยู่ / Address 28 ถนนพหลโยธิน ซี่ง เมือง ลำปาง 52000	เอกสารอ้างอิง / Ref. 201906000002
เบอร์โทร / Phone 09000000	
เลขที่ผู้เสียภาษี / Tax ID 0000000000	

ลำดับที่ ITEM	คำอธิบาย Description	จำนวน Quantity	ราคาต่อหน่วย Unit Price	รวมเงิน Total
1	สินค้าเก็บเงิน EK350 รุ่นประกัน 1 ปี	2	1,550.00	3,100.00
2	เครื่องอ่านบาร์โค้ด Verno รุ่นประกัน 1 ปี	1	1,050.00	1,050.00
3	Barcode Youjie (ZL2200) รุ่นประกัน 1 ปี	2	1,800.00	3,600.00

หมายเหตุ:	รวมเงิน / Total	7,750.00
	ส่วนลด / Discount	0.00
	ราคาสุทธิก่อนภาษี / Pre-VAT Amount	7,242.99
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม / VAT 7%	507.01
	จำนวนเงินทั้งสิ้น / Grand Total	7,750.00

ใบส่งสินค้าตามรายการข้างต้นเป็นเอกสารที่ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว

ผู้รับสินค้า	ผู้ส่งสินค้า	ใบขาย สำนักงานใหญ่
.....
วันที่/Date...../...../.....	วันที่/Date...../...../.....	ผู้อนุมัติ วันที่/Date...../...../.....

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงินที่ถูกต้อง กรณีร้านค้าจัดพิมพ์ใบเสร็จเอง แต่ไม่มีประทับตราของร้านค้า



ระบุ ชื่อร้านค้า ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้

บอส ศรีเวทท์ แอนด์ ออการไนซ์เซอร์
127/30 หมู่ 13 ตำบลป่าแดด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100
โทร.081-885-0384 / แฟกซ์: 053-211-839

Order Receipt / ใบเสร็จรับเงิน

ระบุว่า เป็นใบเสร็จรับเงิน

ระบุวันที่ได้รับเงิน

Date 28 พ.ค. 2562
Order Receipt Code BCR-000203

ได้รับเงินจาก

ระบุ ชื่อและที่อยู่วิทยาลัยฯ ที่ถูกต้องครบถ้วน

Receive From

ที่อยู่

Address

วิทยาลัยสิรินธร สี่ แดงบ้านไร่ อ.เวียงหนองล่อง
221 ถนนพหลโยธิน ตำบลป่าแดด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

รายการสินค้า / บริการ Description	จำนวนเงิน Amount
ได้รับเงินจาก	
1. เงินค่าสินค้ารวม จำนวน 100 ตัว 1 วัน	6,000.00
รวมมูลค่าสินค้า / บริการ (Total)	6,000.00
หัก ส่วนลด (Discount)	
ภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat)	
รวมมูลค่าสินค้า / บริการสุทธิ (Net)	6,000.00
หักภาษีอากร	

เงินสด Cash

เช็คเลขที่ Cheque No.

ลงวันที่ Date

ธนาคาร Bank

สาขา Branch

จำนวนเงินเป็นตัวเลข

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร

ลายมือชื่อผู้รับเงิน

ผู้รับเงิน Bill Collector	ลายเซ็นผู้มีอำนาจ Authorized Person	วันที่ Date
เจษฎาพงศ์ ไหวพรม	เจษฎาพงศ์ ไหวพรม	28 พ.ค. 2562

หากชำระเงินสดจะสมบูรณ์เมื่อได้รับเก็บเงินเต็มจำนวน
If payment is made by cheque this receipt is not valid unless the full payment is cleared at bank.

เอกสารประกอบในการจัดซื้อจัดจ้าง ควรมีรายละเอียด ดังนี้ (กรณีส่วนราชการจัดฝึกอบรม)

ใบเสร็จรับเงินต้องมีรายละเอียดตามที่กระทรวงการคลังกำหนด ดังนี้

๑. ชื่อ สถานที่อยู่หรือทำการของผู้รับเงิน
๒. วันเดือนปีที่รับเงิน
๓. รายละเอียดแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นค่าอะไร
๔. จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษร
๕. ลายมือชื่อของผู้รับเงิน

ใบเสร็จรับเงินเป็นภาษาต่างประเทศให้มีคำแปลภาษาไทยด้วย

คำอธิบายการส่งหลักฐานเบิก

๑. การส่งหลักฐานการขอเบิกเงินทุกประเภท ให้ระบุแผนงาน /งาน/โครงการที่ใช้เงินนั้นด้วย โดยระบุรหัสงบประมาณ รหัสกิจกรรมหลัก/กิจกรรมย่อย รหัสแหล่งของเงินและศูนย์ต้นทุนที่ใช้เงินประกอบด้วย
 ๒. กรณีที่เป็นการส่งใบสำคัญใช้หนี้เงินยืม ให้แนบสำเนาสัญญาการยืมเงินด้วย
 ๓. กรณีเอกสารประกอบการขอเบิกจ่ายเงินที่เป็นสำเนาภาพถ่ายขอให้รับรองสำเนาถูกต้องด้วยทุกฉบับ
 ๔. กรณีเอกสารหลักฐานการขอเบิกเงินเป็นภาษาต่างประเทศ ให้แปลเป็นภาษาไทยกำกับไว้ด้วย
- * ส่วนราชการ มีหน้าที่หักภาษีเงินได้ ณ ที่จ่าย จากผู้ขายหรือผู้ให้บริการ ในอัตราร้อยละ ๑ ก่อนรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม
- บุคคลธรรมดา/ร้านค้า ตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ บาท
 - บริษัท ห้างหุ้นส่วนจำกัด ตั้งแต่ ๕๐๐ บาท

เอกสารประกอบเบิกค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ กรณีหน่วยงานผู้อื่นจัดฝึกอบรม

มีรายละเอียดดังนี้

๑. ปก.๑๐๗

๒. บันทึกขออนุมัติเบิก-จ่าย

๒. แบบ ๘๗๐๗

๓. หนังสือต้นเรื่องจากหน่วยงานผู้จัดที่หัวหน้าหน่วยงานอนุมัติให้เข้าร่วมประชุม/อบรม

๔. หนังสือขออนุมัติเดินทางไปราชการที่หัวหน้าหน่วยงานอนุมัติ



แบบฟอร์มตรวจสอบการส่งหลักฐาน การเบิก-จ่าย ในการเดินทางไปฝึกอบรม (โดยเป็นผู้เข้าร่วมอบรมและเบิกต้นสังกัด)

ลำดับ	กระบวนการปฏิบัติงาน	เอกสาร	(1) ส่วน ของ กลุ่ม งานมี	(2) การเงิน ถูกต้อง/ ไม่ ถูกต้อง	หมายเหตุ
1	ค่าเบี้ยเลี้ยง	1 ใบตัดงบประมาณ (เงินโครงการ Non UC , เงินนอกงบประมาณ) 2 แบบ บก.107 (2 ฉบับ) 3 บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน (1 ฉบับ) 4 ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ(แบบ 8708) มี 2 ส่วน - ส่วนที่ 1 ในกรณียื่นเงิน ให้ลงลายมือชื่อ ผู้จ่ายเงิน (หน้า 2) - ส่วนที่ 2 ในกรณีเดินทางคนเดียว (ไม่ต้องใช้) ยกเว้นเดินทางตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป			
2	ค่าพาหนะ	1 กรณีเดินทางโดยเครื่องบิน - กรณีจ่ายเป็นเงินสด 1. ใช้ใบเสร็จรับเงินและกากบาทโดยสาร (Bording Pass) - กรณีซื้อบัตรโดยสารระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-ticket) 1. ให้ใช้ใบรับเงินที่แสดงรายละเอียดการเดินทาง (Ltinery Recceipt) 2. ผู้เบิกจัดทำใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (แบบ บก.111) 2 กรณีเดินทางโดยพาหนะไปราชการ 1. พาหนะที่ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับจ้างได้ เช่น ค่ารถรับจ้าง ใช้ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (แบบ บก.111) 2. ขดเขยค่าน้ำมันเชื้อเพลิง แบบระยะทางจากกรมทางหลวง www.doh.go.th (เว็บไซต์กรมทางหลวง) 3 กรณีเดินทางโดยใช้รถราชการ (แบบ 3) - ใบขออนุญาตใช้รถส่วนกลาง(ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย รถราชการ พ.ศ.2523 และแก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 6 พ.ศ. 2545			

3	ค่าที่พัก	1 ใบเสร็จรับเงินจากโรงแรม/ที่พักแรม 2 รายละเอียดการเข้าพัก (FOLIO)			
4	ค่าลงทะเบียน	1 บก 107 ให้ใช้แบบฟอร์มค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม (2 ฉบับ) 2 บันทึกขออนุมัติเบิกจ่าย ค่าลงทะเบียน พร้อมแนบใบเสร็จรับเงินค่าลงทะเบียน (ต้องอบรมเสร็จ ถึงจะขออนุมัติเบิกจ่าย ได้) เอกสารแนบในการเบิกจ่าย 1 บันทึกขออนุมัติไปราชการ - กรณีขออนุมัติใช้รถยนต์ส่วนตัว ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ สสจ. กำหนด ให้ระบุหมายเลขทะเบียนรถที่ใช้ในการเดินทางด้วย 2 หนังสือเชิญอบรมจากผู้จัด 3 กำหนดการการอบรม 4 สำเนาสัญญาขี้มเงิน ผู้เข้ารับการอบรมเป็นผู้ขี้ม (กรณีขี้มเงิน) - ประทับตราจ่ายเงินแล้วใบใบเสร็จรับเงินพร้อมลงลายมือชื่อ (ผู้ขี้ม) 5 กรณีถ่ายเอกสารให้รับรองสำเนาด้วย			

1 (ลงชื่อ).....เจ้าของเรื่อง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2 (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ/งานการเงิน
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. เจ้าของเรื่อง ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร หากมี ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ส่วนของกลุ่มงาน (1)

2. งานการเงิน ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร หากถูกต้องให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ส่วนของการเงิน (2) หากมีการแก้ไขลงในช่องหมายเหตุ

** ใบเสร็จรับเงินอย่างน้อยต้องมีรายการดังต่อไปนี้ 1. ชื่อ สถานที่อยู่ หรือที่ทำการของผู้รับเงิน 2. วัน/เดือน/ปี ที่รับเงิน 3. รายการแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นค่าอะไร

4. จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษร 5. ลายมือชื่อผู้รับเงิน **



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานตรวจสอบภายใน กลุ่มงานบริหารฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ๐๔๒-๒๒๒๓๕๖

ที่ อด. ๐๐๓๒.๐๐๑/

วันที่ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเบิก-จ่าย ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ตามที่ ข้าพเจ้า นางอาทิตยา ผดุงกิจ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี ได้รับอนุมัติให้เดินทางไปราชการตามหนังสือที่ อด.๐๐๓๒.๐๐๑/๑๔๓๐ ลงวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง ขออนุญาตเดินทางไปราชการเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร “การเตรียมการและวางแผนการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเบิกจ่ายงบประมาณ สำหรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และกรณีศึกษาปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและแนวทางแก้ไขปัญหา” ระหว่างวันที่ ๑๐ - ๑๔ กันยายน ๒๕๖๓ ณ โรงแรมเดอะพาลาสโซ รัชดาภิเษก กรุงเทพมหานคร ไปแล้วนั้น

บัดนี้ การอบรมดังกล่าวได้เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว จึงใคร่ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการจากงบประมาณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เป็นเงินจำนวน ๗,๒๙๖ บาท (เจ็ดพันเก้าร้อยเก้าสิบบาทถ้วน) โดยส่งใช้ใบยืม เลขที่...../.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ชื่อผู้ยืมนางอาทิตยา ผดุงกิจ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี จำนวน ๙,๗๙๖บาท (เก้าพันเจ็ดร้อยเก้าสิบบาทถ้วน) และขอคืนเงินสด จำนวน..... บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นางอาทิตยา ผดุงกิจ)

นักวิชาการเงินและบัญชี

หน้างบประมาณ...../.....

หมวดรายจ่าย ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม รหัส...../.....

ลำดับที่	รายการ	ค่าเบี่ยง (บาท)	ค่าเช่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (บาท)	รวมเงิน (บาท)	หมายเหตุ
๑.	ค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการเข้ารับการฝึกอบรม หลักสูตร “การเตรียมการและวางแผนการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเบิกจ่ายงบประมาณ สำหรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และกรณีศึกษาปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและแนวทางแก้ไขปัญหา” ระหว่างวันที่ ๑๐ - ๑๔ กันยายน ๒๕๖๓ ณ โรงแรมเดอะพาลาสโซ รัชดาภิเษก กรุงเทพมหานคร นางอาทิตยา ผดุงกิจ	๘๐๐	๔,๒๐๐	๒,๒๙๖	-	๗,๒๙๖	
	รวมเบิกทั้งสิ้น	๘๐๐	๔,๒๐๐	๒,๒๙๖	-	๗,๒๙๖	

จำนวนเงิน (เจ็ดพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ

สัญญาเงินยืมเลขที่.....วันที่..... ส่วนที่ (๑)
ชื่อผู้ยืม.....จำนวนเงิน.....บาท

ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ที่ทำการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

วันที่ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ตามคำสั่ง/บันทึกที่ อต.๐๐๓๒.๐๐๑/๑๔๓๐ ลงวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ ได้อนุมัติให้ข้าพเจ้านางอาทิตยา ผดุงกิจ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เดินทางไปราชการเพื่อเข้ารับการศึกษาอบรม หลักสูตร “การเตรียมการและวางแผนการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเบิกจ่ายงบประมาณ สำหรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และกรณีศึกษาปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและแนวทางแก้ไขปัญหา” โดยออกเดินทางจาก บ้านพัก สำนักงาน ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๗.๐๐ น. และกลับถึง บ้านพัก สำนักงาน ประเทศไทย วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ น. รวมเวลาไปราชการครั้งนี้ ๔ วัน ๑.๓๐ ชม.

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ สำหรับ ข้าพเจ้า คณะเดินทาง ดังนี้
ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท.....ข.....จำนวน.....๔.....วัน รวม.....๘๐๐.....บาท
ค่าเช่าที่พักประเภท.....-.....จำนวน.....๓.....วัน รวม.....๔,๒๐๐.....บาท
ค่าพาหนะ..... รวม.....๒,๒๙๖.....บาท
ค่าใช้จ่ายอื่น..... รวม.....-.....บาท
รวมเงินทั้งสิ้น.....๗,๒๙๖.....บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)..... (เจ็ดพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน)....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย
จำนวน..... ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับเงิน

(นางอาทิตยา ผดุงกิจ)

นักวิชาการเงินและบัญชี

ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้

อนุมัติให้จ่ายได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน.....๗,๒๙๖.....บาท
(.....เจ็ดพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน.....) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(นางอาทิตยา ผดุงกิจ)

นักวิชาการเงินและบัญชี

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

จากเงินยืมตามสัญญาเลขที่.....วันที่.....

หมายเหตุ

ออกเดินทางวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๗.๐๐ น.

เดินทางกลับวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ น.

ค่าเบี้ยเลี้ยง ๔ วัน x ๒๔๐ = ๙๖๐ บาท

หัก

จัดเลี้ยงอาหารกลางวัน ๘๐ x ๒ มื้อ = ๑๖๐ บาท

คงเหลือเบี้ยเลี้ยง = ๘๐๐ บาท

คำชี้แจง

๑. กรณีเดินทางไปราชการเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นในช่อง หมายเหตุ
๒. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงินกรณีที่มีการยืมเงินให้ระบุวันที่ที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญาเงินยืม และวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย
๓. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมีต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ ๒)

หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ
ชื่อส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ นางอาทิตย์า ผดุงกิจ พร้อมคณะ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

±

ลำดับ ที่	ชื่อ	ตำแหน่ง	ค่าใช้จ่าย				รวม	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	หมายเหตุ
			ค่าเบี้ย เลี้ยง	ค่าเช่า ที่พัก	ค่า พาหนะ	ค่าใช้จ่าย อื่น				
รวมเงิน								ตามสัญญาเงินยืมเลขที่..... วันที่.....		

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)..... (สามพันแปดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)..... ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

- คำชี้แจง
๑. ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พักให้ระบุอัตราวันละและจำนวนวันที่ขอเบิกของแต่ละบุคคลในช่องหมายเหตุ
 ๒. ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีเป็นการรับจากเงินยืม ให้ระบุวันที่ที่ได้รับจากเงินยืม
 ๓. ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ที่ขอยืมเงินจากทางราชการ และจ่ายเงินยืมนั้นให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงินที่ถูกต้อง กรณีค่าที่พัก

ใบเสร็จรับเงินค่าที่พัก

ทุกครั้งที่มีการเข้าพัก ต้องแนบ Folio (หรือใบแจ้งรายการเข้าพัก)

ซึ่งจะระบุ ชื่อผู้เข้าพัก วันที่เข้า - ออกจากที่พัก

ระบุ ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ ของ ผู้รับเงิน

เล่มที่ 27 เลขที่ 1344 ← ระบุ เล่มที่ / เลขที่

FIM.
ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี RECEIPT/TAX INVOICE ← ระบุว่าเป็นใบเสร็จรับเงิน หรือบิลเงินสด

บริษัท เซ็นน่า โฮเทล แอนด์ รีสอร์ท จำกัด
17 ซอยประดิพัทธ์ 14 ถนนประดิพัทธ์
สามเสนใน พญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทร. (662) 2714424-8
แฟกซ์ (662) 2714413
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105551019160
(สำนักงานใหญ่)

วันที่ Date 30/01/58 ← ระบุวันที่ได้รับเงิน

นามลูกค้า นางสาวกชพร ก่อกุล
Name นางสาวกชพร ก่อกุล
ที่อยู่ จิตพัฒน์ชานันท์ หมู่ที่ 4 ตำบลบางพลีใหญ่ อ.สามโคก จ.นนทบุรี
Address 199 หมู่ 4 ต.ท่าศาลา อ.เมือง จ.นนทบุรี 51100
← ระบุ ชื่อผู้เข้าพักและที่อยู่
วิทยาลัยฯ ที่ถูกต้องและครบถ้วน

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0 9 9 4 0 0 0 4 8 1 1 5 2

ลำดับ Item	รายการ Description	จำนวนเงิน (บาท) Amount (Baht)
	ค่าห้องพัก	1,800.-
	ค่าอาหารและเครื่องดื่ม	

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น 1,800.- ← จำนวนเงินเป็นตัวเลข

บัตรเครดิต Credit Card เลขที่ No. _____
 เงินสด Cash เช็คเลขที่ Cheque No. _____ ลงวันที่ Date _____ (ราคานี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)

ธนาคาร Bank สาขา Branch Grand Total

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น Grand Total (Baht) -หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน- ← จำนวนเงินเป็นตัวอักษร

ลายมือชื่อหรือชื่อผู้รับเงิน / ผู้รับเงิน/Cashier
ลายมือชื่อหรือชื่อผู้เข้าพัก (ถ้ามี)

กรณีชำระด้วยเช็ค ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเรียกเก็บเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว
If payment is made by cheque this receipts will be valid when cheque is honoured

SENA HOTEL โรงแรมเสนาเพลส

17 ซอยประดิพัทธ์ 14 ประดิพัทธ์ แขวงสามเสนใน พญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทร. 0-227-4410, 0-2271-4424-8 fax 0-2271-4413

17 PRADIPATRD14 ,PRADIPAT RD,SAMSENNAI PHAYATHAI BANGKOK 10400

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3 0329 5685 7

Page : 1

Guest Name : นางสาวกชพร ก่อกุล
Room no. : 1002
Folio no. : PL308671
AR no. :
Room Rate :
Arrival : 28/01/2015-17:18
Departure : 30/01/2015-12:00

Company : วิทยาลัยน่าน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตต์
Address จ. น่าน
OWN A/C 800/900 -RM INCL ABF
Noices : 085-546-1451

Trans.Date	Ref. No.	Descriptions & Remarks	Charged(DR.)	Paid(CR.)
28/01/2015	1002	ROOM CHARGE	900.00	
29/01/2015	1002	ROOM CHARGE	900.00	

NET TOTAL		1,682.24
VAT		117.76
TOTAL(DR./CR.)	1,800.00	
FOLIO BALANCE		1,800.00

ประทับตรา "จ่ายเงินแล้ว"

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงวันที่.....

ใบเสร็จรับเงินค่าที่พัก

ตัวอย่าง FOLIO

ตัวอย่างใบเสร็จค่าที่พัก - กรณีพักเดี่ยว

เลขที่ 85 เลขที่ 4203

ระบุ ชื่อ และที่อยู่ ของผู้รับ

ASIA HOTEL
ASIA HOTEL PUBLIC CO., LTD.
บริษัท เอเชียโฮเทล จำกัด (มหาชน)
 296 Phaya Thai Rd., Petchaburi, Rajatavee, Bangkok 10400 Thailand.
 TEL. (66) 2217-0808 FAX : (66) 2611-0805

(สำนักงานใหญ่)
 296 ถนนพญาไท แขวงถนนเพชรบุรี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107535000346 ระบุ ชื่อและที่อยู่ ที่ถูกต้องครบถ้วน

(ORIGINAL) TAX INVOICE/RECEIPT
 คัดฉบับใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี ระบุว่าเป็นใบเสร็จรับเงิน

Date วันที่ ๑๗ มิ.ย. 255๘
 Received From ได้รับความจาก รศ. นิธิพิศ พริศวิไล
 Address ที่อยู่ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
 Room No. ๗๗๗

รายการ In Settlement of Room ห้องพัก Food & Beverage อาหารและเครื่องดื่ม Others อื่นๆ
 BAHT 1588.๙๙ VAT ๓๓.๒1
 Amount Included VAT 1700- จำนวนเงินตัวเลขและ
 Amount In Words - ศูนย์พันแปดร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน จำนวนเงินตัวอักษร

FOR ASIA HOTEL PUBLIC CO., LTD.
 Cashier หมายมือชื่อผู้รับเงิน

GPH 0023

MAROTE CO., LTD.
 24/5 Moo.6 T.Rassada, Muang, Phusiet 83001
 Tel. (66) 7624 1427-8 Fax. (66) 7652 3168

phu-ke-ta
 FOLIO ORIGINAL
 NAME : น.ส ศศิธรา สาหารายวิง
 COMPANY: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
 ADDRESS : 85 ม.3 ต.มาลัยแมน อ.เมือง จ.นครปฐม
 NOTICES : ค่าที่พัก จำนวน 1 ห้อง ห้องละ 1,200 บาท

PAGE : 1
 ROOM NO : 2205
 FOLIO NO. : PL0593B9 MAIN
 A/R CODE :
 ARRIVAL DA : 16/02/2016 - 16.27
 DEPARTURE : 17/02/2016 - 12.00
 BOOKING NO. : RR040690
 CHECK IN NO. : C045119

BILL DATE	BILL NO	#Room	DESCRIPTIONS	CHARGE	PAID	BALANCE
16/17/2016	2205	2205	ROOM CHARGE	1,200.00		1,200.00
07/02/2016	2205	2205	CASH PAYMENT (FRONT)		-1,200.00	-1,200.00
SUB-TOTAL				1,200.00	-1,200.00	

GRAND TOTAL (THB) 0.00

PRINT DATE : 17/02/2016
 PRIN TIME : 08:38:01
 PRINT BY : Kay

NET AMT. 1,019.55
 SERVICE 10% AMT. 101.95
 TOTAL CHARGE (THB) 1,200.00
 AMOUNT

Guest Signature: [Signature]
 Cashier's Signature: [Signature]

ประทับตรา "จ่ายเงินแล้ว"
 ลงชื่อ.....
 (.....)
 ลงวันที่.....

คำอธิบาย

1. ชื่อ ที่อยู่ ผู้ออกใบแจ้งรายการของโรงแรม (FOLIO)
2. ชื่อ ที่อยู่ ลูกค้า (มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม)
3. วัน เดือน ปี ที่ออกใบแจ้งรายการของโรงแรม
4. รายชื่อผู้เข้าพัก
5. วันที่เข้าพัก และวันที่ออก
6. จำนวนเงินตัวเลข และตัวอักษร
7. ลายเซ็นแคชเชียร์ (ถ้ามี ตราประทับ)
8. ลายเซ็นลูกค้า

ตัวอย่างใบเสร็จค่าที่พัก - กรณีพักคู่

ใบเสร็จรับเงินค่าที่พัก

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงิน ค่าที่พัก จองผ่าน AGODA



Telephone +44 (0)20 3027 7900

Address:
Agoda Company Pte, Ltd.
30 Cecil Street
Prudential Tower #19-08
Singapore 049712
Company No/GST 200506877R

Booking No. 76079792
Charge Date August 24, 2015

Receipt

Customer Name & Address	
Name	Mr. Choncharoen Sawangrat ระบุ ชื่อและที่อยู่ ที่ถูกต้องครบถ้วน
Billing Address	Faculty of Engineering, Chiang Mai University, 239 HuayKeaw Rd., Muang District, Chiang Ma 50200 Thailand
Email Address	tip@step.cmu.ac.th

Description	Amount
Hotel Name	Robero Hotel Jeju
Period	September 19, 2015 - September 24, 2015 5 night(s)
Room Type	Twin Bed Room with Breakfast
# of Rms.	1 รายการ วันที่ เข้า-ออกจากที่พัก
# of Extra Beds	0
Total Room Charges	USD 360.25
Total Extra Bed Charges	USD 0.00
GRAND TOTAL	USD 360.25
Total Charge to Credit Card	THB 12,828.45 (USD 360.25) จำนวนเงินตัวเลข

This receipt is automatically generated.



กรณีจองที่พักผ่าน AGODA ให้ผู้เดินทางลงลายมือชื่อ รับรองว่า ได้ชำระค่าเช่าที่พักตามจำนวนที่เรียกเก็บ

ระบุ ชื่อ และที่อยู่ ของผู้รับเงิน

เลขที่ A 6219



ASIA HOTEL PUBLIC CO., LTD.
บริษัท เอเชียโฮเทล จำกัด (มหาชน)
296 Phaya Thai Rd., Petchaburi, Rajatavee, Bangkok 10400 Thailand.
TEL (66) 2217-0808 FAX (66) 2611-0805

เลขที่ A 310911

ระบุว่าเป็นใบเสร็จรับเงิน

296 ถนนพญาไท แขวงถนนเพชรบุรี
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
0107535000346

เอกสารแสดงหลักฐาน กรณีขอคืนภาษีเงินได้
ใบกำกับภาษีอย่างย่อ/ใบเสร็จรับเงิน
เลขที่ ก.พ.ท. 0.1600 0.1601 80800

TAX INVOICE (ABB) / RECEIPT

Date 11 6 16 ระบุวันที่ได้รับเงิน

ระบุ ชื่อและที่อยู่ ที่ถูกต้องครบถ้วน

Received From ได้รับเงินจาก Mr. Mrs. ดร.ชณชากร เทพาคัม น.ส.สินุช พรหมวิจิตร Room No. 739

In Settlement of Room ห้องพัก Food & Beverage อาหารและเครื่องดื่ม Others อื่นๆ

Amount Included VAT 1,800. จำนวนเงินตัวเลข

Amount in Words ONE THOUSAND EIGHT HUNDRED BATH จำนวนเงินตัวอักษร

FOR ASIA HOTEL PUBLIC CO., LTD.

ลายมือชื่อผู้รับเงิน

GPH 0024

แบบ Folio (หรือใบแจ้งรายการเข้าพัก) ซึ่งจะระบุ ชื่อผู้เข้าพัก วันที่เข้า - ออกจากที่พัก

บริษัท เอเชียโฮเทล จำกัด (มหาชน)
296 ถนนพญาไท แขวงถนนเพชรบุรี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107535000346

KANJANA, KHUN TEPAKAM
SINEENUCH, MS. PROMMUJ

REC...310911=1800 ลายมือชื่อผู้เข้าพัก

ARRIVAL DEPARTURE NO. IN PARTY *KEY AT 8**

OWN A/C/1XX SUP **X= 1600 XX=1800 ABF

ASIA HOTEL PUBLIC CO.,LTD.
296 Phaya Thai Road, Petchaburi, Rajatavee, Bangkok 10400, Thailand.
Tel : 0 2217 0808 Fax: 0 2611 0805 E-mail : info@asiahotel.co.th

GUEST FOLIO ระบุว่าเป็น Folio 10010975

Time printed = 12:00 am

11/06/16 ระบุวันที่เข้าพัก และวันที่ออก
12/06/16
2 ระบุจำนวนผู้เข้าพัก

NO.	DATE	DESCRIPTION	AMOUNT
1	11/06/16	CASH ROOM/310911	(1,800.00)
2	11/06/16	ROOM CHARGE PACKAGE	1,800.00
BALANCE DUE CHANGE ON ACCOUNT			0.00

FOLIO NO. 00000774700 ROOM NO. 739

LAST CHG. CLERK = auto LAST CHG. TIME = 12:00 AM

I AGREE THAT THE LIABILITY FOR THIS BILL IS NOT WAIVED AND AGODA TO BE HELD RESPONSIBLE THERE ON THE EVENT THAT THE INDICATED PERSON, COMPANY, OR ASSOCIATION FAILS TO PAY ITS PART OF THE BILL AMOUNT OR THESE CHARGES.

ลักษณะใบสำคัญรับเงิน/บิลเงินสดที่ถูกต้อง

1. มีชื่อเจ้าของที่פקเลขที่ตั้ง เบอร์โทรที่สามารถตรวจสอบได้
2. มีเล่มที่ เลขที่ ที่ออกใบเสร็จ และลงวันที่ เดือน ปีพ.ศ. ให้เรียบร้อย
3. รายละเอียดของใบเสร็จ เช่น ค่าเช่าห้อง (เจ้าของที่פקต้องเป็นคนกรอก)
4. จะต้องมีนามของผู้ขอเช่า เช่น นางสาวรักเธอ สุดหัวใจ
5. ใบเสร็จทุกใบจะต้องไม่มีรอยลบหรือแก้ไข ๑ ถ้ามีต้องมีลายเซ็นเจ้าของที่פק หรือพร้อมประทับตรา
6. จะต้องมีลายเซ็นของผู้ขอפקและเจ้าของที่פקให้เรียบร้อย

ชื่อเจ้าของที่פקเลขที่ตั้ง เบอร์โทร

ชื่อผู้ขอที่פק

วัน/เดือน/ปีและเลขที่ เล่มที่ใบเสร็จ

**ประทับตรา “จ่ายเงินแล้ว”
ลงชื่อ.....
(.....)
ลงวันที่.....**

ตรวจสอบ รายการและ จำนวนเงิน

ผู้รับเงิน

รหัส Code	ชื่อรายการ/Description of goods	จำนวน Quantity	หน่วย Unit	ราคาต่อหน่วย Price	รวม Total Amount
LN001	ชาตงเคียวอร์ 15 ml - 612 %	1	Box	3,000.00	3,000.00
DE220	Microcentrifuge Tube - 1.5 ml - PP - 1,000 %	1	Box	600.00	600.00
				รวมรวม Total	3,600.00
				รวมรวม Total	3,600.00

คำพาหนะ
รถโดยสารประจำทาง/
โดยสารไม่ประจำทาง

แบบ ๔๒๓๑

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

* กรณีไม่สามารถเรียกหลักฐานการรับ
เงินจากผู้รับเงินได้

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	
๑๐-๑๔ ก.ย. ๒๕๖๓	<ul style="list-style-type: none"> - ค่ารถรับจ้างไม่ประจำทางพร้อมสัมภาระจากบ้านพักเลขที่ ๓๒๓ หมู่ ๔ ต.บ้านจั่น อ.เมือง จ.อุดรธานี ถึง บขส. หมอชิต บริษัทนครชัยแอร์ จ.อุดรธานี เทียบละ ๒๐๐ บาท (ไป-กลับ) - ค่ารถโดยสารประจำทางบริษัทนครชัยแอร์ จังหวัดอุดรธานี ถึงบริษัทนครชัยแอร์ กรุงเทพมหานคร เทียบละ ๒๕๘ บาท (ไป-กลับ) - ค่ารถรับจ้างไม่ประจำทางจาก บขส. หมอชิต บริษัทนครชัยแอร์ ถึง ที่พักโรงแรม..... - ค่ารถโดยสารประจำทางจากที่พักโรงแรม..... ถึง ห้องประชุมโรงแรมเดอะพลาซ่าโซ รัชดาภิเษก กทม. (เทียบละ ๒๐ บาท (ไป-กลับ วันที่ ๑๑-๑๒) - ค่ารถรับจ้างไม่ประจำทางพร้อมสัมภาระจากห้องประชุมโรงแรมเดอะพลาซ่าโซ รัชดาภิเษก กทม. ถึง บขส. หมอชิต บริษัทนครชัยแอร์ 	๔๐๐.- <u>๑.๓๑๖.-</u>		- เพื่อความจำเป็นเร่งด่วนให้ทันเวลาในการเดินทาง
		๒๕๐.-		
		๘๐.-		
		๒๕๐.-		
	รวมทั้งสิ้น	๒,๒๙๖.-		

รวมทั้งสิ้น ตัวอักษร (สองพันสองร้อยเก้าสิบหกบาทถ้วน)

ข้าพเจ้า นางอาทิตย์ยา ผดุงกิจ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

ลงชื่อ.....

(นางอาทิตย์ยา ผดุงกิจ)

นักวิชาการเงินและบัญชี

ตัวอย่าง
หลักฐานประกอบการเบิกค่าพาหนะ กรณีเดินทางโดยรถยนต์ส่วนบุคคล

แบบ บก.111

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
กรมกิจการเด็กและเยาวชน

ค่าพาหนะ
กรณีเดินทางโดยรถยนต์
ส่วนบุคคล

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
.....	ค่าชดเชยในการใช้พาหนะส่วนตัวในการเดินทางไปราชการ จาก..... ถึง.....		
.....	ค่าชดเชยในการใช้พาหนะส่วนตัวในการเดินทางไปราชการ จาก..... ถึง.....		
รวมเป็นเงิน			

- * กรณีไม่สามารถเรียกหลักฐานการรับเงินจากผู้รับเงินได้
- * เดินทางโดยรถสาธารณะรถยนต์ส่วนตัว เบิกค่าทางด่วนไม่ได้
- * แนบแผนที่ระยะทางของกรมทางหลวง

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สำนัก/กอง.....ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้
และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

ตัวอย่าง
หลักฐานประกอบการเบิกค่าพาหนะ กรณีใช้รถยนต์ของทางราชการ

คำพาหนะ
กรณีใช้รถยนต์ราชการ

ตัวอย่าง ใบเสร็จรับเงิน /ใบกำกับภาษี ค่าวัสดุเชื้อเพลิง

1. ชื่อ สถานที่อยู่ หรือที่ทำการของผู้รับเงิน

เลขที่ xxxx บริษัท เอ บี ซี จำกัด (มหาชน) เลขที่ yyyyyy
ที่อยู่..... โทรสาร/ใบกำกับภาษี.....
จาก..... วันที่.....
ที่อยู่.....
ทะเบียนรถยนต์.....

2. วันที่รับเงิน.....

3. รายการแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นค่าอะไร

ลำดับ	รายการ	ปริมาณ	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	
				บาท	สต.
1	เบนซินพิเศษไร้สารตะกั่ว (ULG)				
2	แก๊สโซฮอล์ (GASOHOL)				
3	เบนซินธรรมดา (GR)				
4	ดีเซลหมุนเร็ว (HSD)				
5	ไบโอดีเซล (BIO-DIESEL)				
6	ก๊าด (ปิป) (IK)				
7	น้ำมันหล่อลื่น (LUBE)				
8	ผลิตภัณฑ์อื่นๆ (OTHERS PRODUCT)				
9	อื่นๆ (OTHER)				
				รวมเงิน	
				ส่วนลด	
				รวมค่าสินค้าและบริการ	
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม.....	
				4. จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษร	รวมทั้งสิ้น
				จำนวนเงินรวม (ตัวอักษร) (.....)	
				5. ลายมือชื่อของผู้รับเงินพนักงานรับเงิน

ประทับตรา "จ่ายเงินแล้ว"
ลงชื่อ.....
(.....)
ลงวันที่.....

คำอธิบาย

1. ชื่อ ที่อยู่ และเลขประจำตัวผู้เสียภาษีของผู้ออกใบเสร็จรับเงิน /ผู้ขาย
2. ชื่อ ที่อยู่ ของผู้ซื้อ (ให้ระบุเป็นชื่อ ที่อยู่ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม)
3. วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
4. รายการแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นค่าใช้จ่ายอะไร
5. จำนวนเงินตัวเลข และตัวอักษร
6. ลายมือชื่อผู้รับเงิน
7. ลายมือชื่อผู้รับสินค้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้จ่ายเงินจำนวน.....บาท.....สตางค์
(.....) เป็นค่า.....
เพื่อใช้ในราชการ.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ตั้งใบสำคัญจำนวน.....ฉบับ
และได้จ่ายเงินตรงไปก่อนแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้จ่าย
(.....)

ตัวอย่าง
หลักฐานการเบิกค่าโดยสารเครื่องบิน กรณีจ่ายเป็นเงินสด

ค่าพาหนะโดยสารเครื่องบิน

ใบเสร็จรับเงิน/ ใบกำกับภาษี
OFFICIAL RECEIPT/ TAX INVOICE

1. ชื่อ สถานที่อยู่ หรือที่ทำการของผู้รับเงิน
.....
.....

2. วันที่รับเงิน.....

จาก นาม (NAME).....
ที่อยู่ (ADDRESS).....

3. รายการแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นค่าอะไร

รายการ (DESCRIPTION)	จำนวนเงิน (AMOU)
- ค่าโดยสารเครื่องบิน	
ประทับตรา “จ่ายเงินแล้ว”	
ลงชื่อ.....	
(.....)	
ลงวันที่.....	
4. จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษร	รวมเป็นเงิน AMOUNT
(ตัวอักษร)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT.....

ชำระโดย (PAID BY) เงินสด
 เช็คธนาคาร..... สาขา.....
เลขที่..... ลงวันที่.....

5. ลายมือชื่อของผู้รับเงิน

ลงชื่อ (SIGNATURE).....
ผู้รับเงิน (GENERAL CASHIER)

ตัวอย่าง
หลักฐานการเบิกค่าโดยสารเครื่องบิน กรณีจ่ายเป็นเงินสด

กากบัตร์โดยสารเครื่องบิน

ตัวอย่าง

หลักฐานการเบิกค่าโดยสารเครื่องบิน
กรณีซื้อบัตรโดยสารเครื่องบินระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-ticket)

ELECTRONIC TICKET PASSENGER ITINERARY RECEIPT

ซึ่งระบุรายการอย่างน้อย ดังนี้

- ชื่อสายการบิน
- วันที่ออก
- ชื่อ - ชื่อสกุล ของผู้เดินทาง
- ต้นทาง - ปลายทาง
- เลขที่เที่ยวบิน
- วันและเวลาที่เดินทาง
- จำนวนเงินค่าโดยสาร ค่าธรรมเนียมอื่นๆ และจำนวนเงินรวม

เป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย

ในกรณีที่ใบเสร็จรับเงินกากบัตรโดยสารเครื่องบินหรือใบรับเงิน (Itinerary Receipt)

สูญหาย

1. ประสานกับบริษัทสายการบินหรือบริษัทตัวแทนจำหน่ายเพื่อขอสำเนาหรือภาพถ่ายเอกสารดังกล่าวรับรองสำเนาถูกต้องพร้อมคำรับรองจากผู้เดินทางไปราชการว่า “ยังไม่เคยนำฉบับจริงมาเบิกเงินจากทางราชการแม้หากค้นพบภายหลังก็จะไม่นำมาเบิกเงินจากทางราชการอีก” เป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายเงิน

2. กรณีไม่สามารถขอสำเนาหรือภาพถ่ายใบเสร็จรับเงินบัตรโดยสารเครื่องบินหรือใบรับเงิน (Itinerary Receipt) ได้ให้ผู้เดินทางทำหนังสือรับรองการจ่ายเงินโดยชี้แจงสาเหตุที่ใบเสร็จรับเงินกากบัตรโดยสารเครื่องบินหรือใบรับเงินนั้นสูญหายและไม่อาจขอสำเนาหรือภาพถ่ายเอกสารนั้นได้พร้อมทั้งให้ผู้เดินทางทำคำรับรองว่า “ยังไม่เคยนำฉบับจริงมาเบิกเงินจากทางราชการแม้หากค้นพบในภายหลังก็จะไม่นำมาเบิกเงินจากทางราชการอีก” เสนอต่อผู้บังคับบัญชาชั้นอธิบดีหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจเพื่อพิจารณาอนุมัติและเมื่อได้รับอนุมัติแล้วสามารถใช้เอกสารดังกล่าวเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายเงินได้



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ที่ อต ๐๐๓๒/ ๗๖๗๓ วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง การสรุปสาระสำคัญการประชุมนำเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

เรียน ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ขอความร่วมมือถือปฏิบัติแนวทางสรุปสาระสำคัญการประชุมนำเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ดังนี้

๑. ภายหลังจากเสร็จสิ้นการประชุมทุกครั้ง ขอให้ทุกกลุ่มงานสรุปประเด็นสำคัญ สาระสำคัญการประชุมนำเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
๒. ส่วนท้ายสุดของหนังสือ สรุปประเด็นสำคัญและสาระสำคัญการประชุมขอให้ระบุหัวข้อภารกิจที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีต้องดำเนินการด้วย ทุกครั้ง (รายละเอียดตามเอกสารตัวอย่างที่แนบมาพร้อมบันทึกฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการดังกล่าวต่อไปด้วย

(นายประเมษฐ์ กิ่งโก้)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

(ตัวอย่าง)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โทร. ๑๓๖

ที่ อต ๐๐๓๒.๐๐๒ / วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๑

เรื่อง สรุปสาระสำคัญการประชุม.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ตามที่ กลุ่มงาน.....ได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมประชุมเรื่อง.....
 เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....ณ.....
 โดยมี.....เป็นประธานการประชุม.....ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย.....
 รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้
 บัดนี้การประชุมดังกล่าวได้เสร็จสิ้นแล้ว กลุ่มงาน.....ขอสรุป
 สาระสำคัญการประชุม ดังนี้

- ๑.....
- ๒.....
- ๓.....

ภารกิจที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จะต้องดำเนินการ(โดยระบุใคร/ทำอะไร/ที่ไหน/เมื่อไหร่/อย่างไร)

- ๑.....
- ๒.....
- ๓.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(.....)

ตำแหน่ง.....

ที่ สธ ๐๒๑๕.๐๗/ว ๑๒๕๔๔



สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี
วันที่ 8820
วันที่ 23 พ.ค. 2561

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

เลขรับ 602

วันที่ 29 พ.ค. 2561

เวลา 11.30 น.

๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมการอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสุขภาพและผู้บริหารของระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

- | | | |
|------------------|--------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. สำเนาโครงการฯ และกำหนดการ | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๒. แบบตอบรับการเข้าร่วมการอบรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๓. แบบสำรวจห้องพัก | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มตรวจสุขภาพในระดับกระทรวง ได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสุขภาพและผู้รับผิดชอบระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมปรีช่าพาเลส กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การปฏิบัติงานของผู้ตรวจสุขภาพในเป็นไปตามมาตรฐานการตรวจสุขภาพใน รายงานผลการตรวจสุขภาพมีความถูกต้อง สร้างคุณค่าเพิ่ม และสามารถนำรายงานผลการตรวจสุขภาพไปปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานขององค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนด และเพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการจัดวางระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจ ปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ ครบถ้วน ถูกต้อง

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มตรวจสุขภาพในระดับกระทรวง ขอเชิญผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจสุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการจัดวางระบบการควบคุมภายในของโรงพยาบาลประจำจังหวัด จำนวน ๒ คน เข้าร่วมการอบรมระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมปรีช่าพาเลส กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก และค่าพาหนะในการเดินทางไปราชการเบิกจ่ายจากเงินงบประมาณต้นสังกัด และขอให้ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมการอบรมภายในวันพุธที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๑ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๔๐ ๒๓๓๗ หรือ E-mail : audit.health.๕๗@gmail.com และให้ผู้เข้าร่วมการอบรมดำเนินการสำรองห้องพักกับทางโรงแรมปรีช่าพาเลส กรุงเทพมหานครโดยตรงภายในวันจันทร์ที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๑ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมการอบรมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วย

จะเป็นพระคุณ

วิกรม มน.๕๖๑-๑๐๖๓๑

ขอแสดงความนับถือ

(ลายเซ็น)

(นายเสก ภิรมย์วิวัฒน์)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริหารยุทธศาสตร์
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(นายสันติ ศรีนิล)

ทันตแพทย์ (ด้านทันตสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ

โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบภายใน และผู้รับผิดชอบระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. หลักการและเหตุผล

สืบเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ยุทธศาสตร์ที่ ๔ แผนที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ โครงการที่ ๑ โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง ตัวชี้วัด ๖๒ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการจัดอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบภายในของส่วนราชการ ผู้มีหน้าที่ในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน การติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในของโรงพยาบาลประจำจังหวัด รวมทั้งได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน เพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ในการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) การดำเนินงานขององค์กรประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนด โดยผู้บริหารต้องให้ความสำคัญต่อการบริหารจัดการ กำหนดโครงสร้าง การแบ่งแยกหน้าที่ความรับผิดชอบ การควบคุมกำกับ การปฏิบัติงานของบุคลากร ในองค์กรให้ปฏิบัติหน้าที่อย่างระมัดระวังรอบคอบ ครบถ้วน ถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ มาตรฐานการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ที่กำหนดอย่างเหมาะสมเพียงพอ มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า การปฏิบัติงานมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจและศรัทธาต่อองค์กร

๒. วัตถุประสงค์

- ๒.๑ เพื่อให้การปฏิบัติงานของผู้ตรวจสุขภาพในเป็นไปตามมาตรฐานการตรวจสุขภาพใน รายงานผลการตรวจสุขภาพมีความถูกต้อง สร้างคุณค่าเพิ่ม และสามารถนำรายงานผลการตรวจสุขภาพไปปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานขององค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนด
- ๒.๒ เพื่อให้การบริหารราชการ การใช้เงินเป็นไปอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และมีมติคณะรัฐมนตรี การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัด และคุ้มค่า
- ๒.๓ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการจัดวางระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจ ปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ การดำเนินงานเป็นไปตามแนวทางการจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายใน หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามตัวชี้วัดที่ ๖๒
- ๒.๔ เพื่อให้ประชาชนหรือผู้รับบริการได้รับประโยชน์จากการจัดวางระบบการควบคุมภายในของส่วนราชการ เนื่องจากการปฏิบัติงานมีขั้นตอนที่ชัดเจน มีมาตรฐาน มีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และมีโอกาสเลือกปฏิบัติได้น้อยลง

๓. ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๒๖๕ คน ประกอบด้วย

- ๓.๑ ผู้ตรวจสุขภาพในของส่วนราชการ
- ๓.๒ ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจสุขภาพใน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการจัดวางระบบการควบคุมภายในของโรงพยาบาลประจำจังหวัด
- ๓.๓ วิทยากร ผู้จัดการอบรม และผู้เข้าร่วมสังเกตการณ์

๔. วิธีดำเนินการ

บรรยาย อภิปราย

๕. สถานที่ดำเนินการ

ณ สถานที่ของเอกชน เนื่องจากไม่สามารถหาสถานที่ของทางราชการที่เหมาะสมได้

๖. ระยะเวลา

ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

๗. วิทยากร

จากหน่วยงานภาครัฐ และวิทยากรภาคเอกชน

๘. งบประมาณ

๘.๑ งบประมาณจากกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง และสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข จำนวน ๖๔๕,๗๐๐.- บาท (หกแสนสี่หมื่นห้าพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) รายละเอียดค่าใช้จ่าย ดังนี้

- ค่าตอบแทนวิทยากรจากภาครัฐและเอกชน (๕ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท x ๒ คน)	เป็นเงิน	๖,๐๐๐.-	บาท
(๗ ชั่วโมง x ๑,๒๐๐ บาท x ๑ คน)	เป็นเงิน	๘,๔๐๐.-	บาท
(๖ ชั่วโมง ๓๐ นาที x ๖๐๐ บาท x ๒ คน)	เป็นเงิน	๗,๘๐๐.-	บาท
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (๒๖๕ คน x ๕๐ บาท x ๒ มื้อ)	เป็นเงิน	๒๖,๕๐๐.-	บาท
- ค่าอาหารกลางวัน (๒๖๕ คน x ๖๐๐ บาท x ๓ มื้อ)	เป็นเงิน	๔๗๗,๐๐๐.-	บาท
- ค่าพาหนะคณะผู้จัดอบรมและวิทยากร	เป็นเงิน	๙,๐๐๐.-	บาท
- ค่าน้ำดื่มเชื้อเพลิง	เป็นเงิน	๒,๐๐๐.-	บาท
- ค่ากระดาษใส่เอกสาร จำนวน ๒๖๕ ใบ x ๑๐๐ บาท	เป็นเงิน	๒๖,๕๐๐.-	บาท
- ค่าถ่ายเอกสาร จำนวน ๒๖๕ คน x ๑๐๐ บาท	เป็นเงิน	๒๖,๕๐๐.-	บาท
- ค่าวัสดุและค่าใช้จ่ายอื่นๆ	เป็นเงิน	๓,๐๐๐.-	บาท

หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายในการจัดอบรมแต่ละรายการสามารถถัวจ่ายกันได้
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของผู้เข้ารับการอบรมเบิกจากต้นสังกัด

๙. ผู้รับผิดชอบโครงการ

กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑๐. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

- จำนวนผู้ให้ความสนใจในการเข้ารับการอบรม
- ระยะเวลาในการสรุปผลการดำเนินงานต่อผู้บริหาร
- ร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจ

**เอกสารที่เป็นสำเนาแนบเอกสาร
เบิก-จ่ายเงิน จะต้องรับรองสำเนา
ถูกต้องทุกฉบับ**

๑๑. การบริหารความเสี่ยง

- ความเสี่ยง : กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ตามกำหนดการ
- กิจกรรมในการควบคุม : กำหนดแผนการจัดอบรมให้ชัดเจนพร้อมแจ้งกลุ่มเป้าหมายล่วงหน้า
- ประสานหน่วยงานยืนยันจำนวนผู้เข้าอบรม

๑๒. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑๒.๑ การปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบภายในเป็นไปตามมาตรฐานการตรวจสอบภายใน รายงานผลการตรวจสอบภายในมีความถูกต้อง สร้างคุณค่าเพิ่ม และสามารถนำรายงานผลการตรวจสอบไปปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานขององค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนด
- ๑๒.๒ การบริหารราชการ การใช้จ่ายเงินเป็นไปอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และมติคณะรัฐมนตรี การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัด และคุ้มค่า
- ๑๒.๓ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการจัดวางระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจ ปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ การดำเนินงานเป็นไปตามแนวทางการจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายใน หน่วยรับตรวจผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามตัวชี้วัดที่ ๒๒
- ๑๒.๔ ประชาชนหรือผู้รับบริการได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานของภาครัฐ

ลงชื่อ.....ศิริรัตน์ วัฒนกุล.....ผู้เสนอโครงการ
(นางสาวศิริรัตน์ วัฒนกุล)

นักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการตรวจสอบภายในเชี่ยวชาญ
ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง

ลงชื่อ.....[Signature].....ผู้เห็นชอบโครงการ
(นายเสรี หงษ์หยก)

ประธานกรรมการตรวจสอบและประเมินผล
ประจำกระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อ.....[Signature].....ผู้อนุมัติโครงการ
(นายธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กำหนดการอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบภายใน
และผู้รับผิดชอบระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

วันอังคารที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๑	
๐๗.๓๐ - ๐๘.๓๐ น.	ลงทะเบียนเข้ารับการอบรม
๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	พิธีเปิดการอบรมและให้ความรู้แนวทางในการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน โดย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๐๙.๐๐ - ๑๐.๓๐ น.	อภิปราย เรื่อง ระเบียบเงินบำรุง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน โดย อาจารย์คณีย์ สุวรรณมา ตำแหน่งที่ปรึกษาผู้อำนวยการ กองกฎหมาย สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข
๑๐.๔๕ - ๑๒.๐๐ น.	อาจารย์สิทธิศักดิ์ รอดเกิด ตำแหน่งนิติกรชำนาญการพิเศษ อาจารย์ณรงค์ศักดิ์ สงวนปรางค์ ตำแหน่งนิติกรชำนาญการพิเศษ คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำปีกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ตรวจสอบภายใน
๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.	(ต่อ) อภิปราย เรื่อง ระเบียบเงินบำรุง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน โดย อาจารย์คณีย์ สุวรรณมา ตำแหน่งที่ปรึกษาผู้อำนวยการ กองกฎหมาย สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข
	อาจารย์สิทธิศักดิ์ รอดเกิด ตำแหน่งนิติกรชำนาญการพิเศษ อาจารย์ณรงค์ศักดิ์ สงวนปรางค์ ตำแหน่งนิติกรชำนาญการพิเศษ
วันพุธที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑	
๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.	บรรยาย เรื่อง พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดย อาจารย์มงคล แสงหิรัญ ตำแหน่งผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัสดุ
๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.	(ต่อ) บรรยาย เรื่อง พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดย อาจารย์มงคล แสงหิรัญ ตำแหน่งผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัสดุ
วันพฤหัสบดีที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑	
๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	บรรยาย เรื่อง การตรวจสอบการดำเนินงาน (Operation Audit) โดย อาจารย์บุปผา ชวะพงษ์
๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.	อภิปราย เรื่อง การจัดวางระบบการควบคุมภายในตามตัวชี้วัดที่ ๖๒ โดย นางสาวเครือพันธ์ บุณบุญ ตำแหน่งนักวิชาการตรวจสอบภายในชำนาญการพิเศษ รักษากำรในตำแหน่งนักวิชาการตรวจสอบภายในเชี่ยวชาญ ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง นางสาวพลอยชมพู จอมพารา ตำแหน่งนักวิชาการตรวจสอบภายใน
หมายเหตุ :	๑. พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม เวลา ๑๐.๓๐ นาฬิกา และบ่ายเวลา ๑๕.๓๐ นาฬิกา ๒. พักรับประทานอาหารกลางวันระหว่างเวลา ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ นาฬิกา

เอกสารที่เป็นสำเนาแนบเอกสาร
เบิก-จ่ายเงิน จะต้องรับรองสำเนา
ถูกต้องทุกฉบับ

ขออนุมัติเบิก-จ่ายเงิน ค่าลงทะเบียน

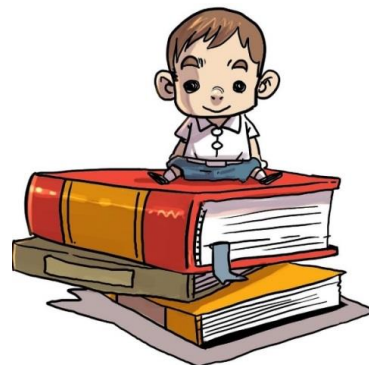
ค่าลงทะเบียน (กรณีหน่วยงานอื่นเป็นผู้จัด) มีรายละเอียดดังนี้

๑. บันทึกรับขออนุมัติเบิกจ่าย

๒. ใบเสร็จรับเงิน

๓. หนังสือต้นเรื่องจากหน่วยงานผู้จัดที่หัวหน้าหน่วยงานอนุมัติให้เข้าร่วมประชุม/อบรม
(พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

๔. หนังสือขออนุมัติเดินทางไปราชการที่หัวหน้าหน่วยงานอนุมัติ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานตรวจสอบภายใน กลุ่มงานบริหารฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ๐๔๒-๒๒๒๓๕๖
ที่ อด. ๐๐๓๒.๐๐๑/ วันที่ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าลงทะเบียน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ตามที่ ข้าพเจ้า นางอาทิตยา ผดุงกิจ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี ได้รับอนุมัติให้เดินทางไปราชการตามหนังสือที่ อด.๐๐๓๒.๐๐๑/๑๔๓๐ ลงวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง ขออนุมัติเดินทางไปราชการเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร “การเตรียมการและวางแผนการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเบิกจ่ายงบประมาณ สำหรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และกรณีศึกษาปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและแนวทางแก้ไขปัญหา” ระหว่างวันที่ ๑๐ - ๑๔ กันยายน ๒๕๖๓ ณ โรงแรมเดอะพาลาสโซ รัชดาภิเษก กรุงเทพมหานคร ไปแล้วนั้น

บัดนี้ การประชุมดังกล่าวได้เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว จึงใคร่ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าลงทะเบียนจากงบประมาณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เป็นจำนวนเงิน ๓,๙๐๐ บาท (สามพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางอาทิตยา ผดุงกิจ)
เจ้าพนักงานธุรการ

หน้าใบสำคัญ...../.....
หมวดรายจ่าย ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม รหัส...../.....

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน	จำนวนเงินรวม	เลขที่ใบสำคัญ	หมายเหตุ
		บาท	บาท		
	ค่าลงทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร “การเตรียมการและวางแผนการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเบิกจ่ายงบประมาณ สำหรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และกรณีศึกษาปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและแนวทางแก้ไขปัญหา” ณ โรงแรมเดอะพาลาสโซ รัชดาภิเษก กรุงเทพมหานคร นางอาทิตยา ผดุงกิจ	๓,๙๐๐.-	๓,๙๐๐.-		
	รวมเบิกทั้งสิ้น	๓,๙๐๐.-	๓,๙๐๐.-		

จำนวนเงิน (สามพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....ผู้เบิก

ตัวอย่าง ใบเสร็จรับเงินค่าลงทะเบียน

ใบเสร็จรับเงิน/Receipt

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
King Mongkut's University of Technology Thonburi (KMUTT)
126 Bangkok 10140, Bangkok 10140 Tel: 0-2470-8000 Fax: 0-2470-8118
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/Tax ID: 0994000160097 - 8 ต.ย. 7559

เล่มที่/Vol. 2886 เลขที่/No. 20

วันที่/Date..... เดือน/Month..... พ.ศ./Year.....

ได้รับเงินจาก/Money received.....

ชำระหนี้/Debt payment.....

ชื่อบริษัท/Company Name.....

จำนวนเงิน (บาท) Amount (Bath) ๑,๕๐๐

รายการ/Details

ค่าลงทะเบียนการอบรมหลักสูตร.....

การบริการงานพิธีฮุ้นฮุ้น.....

รวม (บาท) Total Amount (Bath) ๑,๕๐๐

บาท (ตัวอักษร) (Bath) หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน

ลงชื่อ.....
(.....)
ลงวันที่.....

ลงชื่อ/Signature.....

รับเงิน/Payee.....

ประทับตรา "จ่ายเงินแล้ว"
ลงชื่อ.....
(.....)
ลงวันที่.....

คำอธิบาย

1. ชื่อ ที่อยู่ และเลขประจำตัวผู้เสียภาษีของผู้ออกใบเสร็จรับเงิน
2. เล่มที่ เลขที่ ของใบเสร็จรับเงิน
3. วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
4. ชื่อผู้เข้าอบรม ที่อยู่ (มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม)
5. รายการแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นค่าใช้จ่ายอะไร
6. จำนวนเงินตัวเลข และตัวอักษร
7. ลายมือชื่อผู้รับเงิน

ปัญหาทั่วไปในการปฏิบัติงานเบิกจ่าย

- ❖ ผู้ปฏิบัติงานไม่รู้/เข้าใจระเบียบ มติคณะรัฐมนตรี และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง
- ❖ ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบความถูกต้องของตัวเองเป็นหลัก ตามสรุปรายละเอียดและอัตราค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เบิกได้ โดยไม่ได้ทบทวนหรือศึกษาระเบียบ/แนวทางปฏิบัติ/คำสั่ง/มติเดิม
- ❖ ผู้ปฏิบัติงานขาดความละเอียดรอบคอบ
- ❖ ผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบว่าค่าใช้จ่ายที่กระทรวงการคลังกำหนด
- ❖ ปริมาณงานมากทำให้ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการปฏิบัติงาน ทำให้มีเวลาในการพัฒนางานน้อย
- ❖ การส่งเอกสารขออนุมัติและเบิกจ่ายล่าช้า
- ❖ การส่งเอกสารประกอบการเบิกจ่ายไม่ครบถ้วน ต้องเสียเวลาในการติดตาม
- ❖ ใบเสร็จรับเงินมีรายการไม่ครบถ้วนตามที่กระทรวงการคลังกำหนด
- ❖ การแก้ไขสาระสำคัญใช้วิธีลบด้วยน้ำยาลบคำผิด/เขียนทับ

ปัญหาการเบิกจ่ายเงินตามโครงการ กรณีหน่วยงานเป็นผู้จัด

แผนงาน/
โครงการ

- ❖ ผู้รับผิดชอบงานไม่ทราบวัตถุประสงค์ของแหล่งเงินที่ได้รับจัดสรร
- ❖ กิจกรรมที่จัดไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- ❖ ไม่มีการกำหนดแผน/แนวทางการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม
- ❖ ระยะเวลาการจัดโครงการไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในแผน
- ❖ งบประมาณในแผน/โครงการไม่สอดคล้องกัน
- ❖ ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน
- ❖ วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย/วิธีการดำเนินการ/งบประมาณ/ระยะเวลาดำเนินงาน (ไตรมาส) ไม่แยกรายกิจกรรม
- ❖ ผู้อนุมัติแผนไม่ถูกต้อง (กรณีการใช้จ่ายงบประมาณนอกแผน)

แนวทางแก้ไขปัญหา

- ❖ ควรจัดเก็บเอกสารทุกประเภทให้เป็นระบบ
- ❖ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้รับการพัฒนาตนเองตามศักยภาพและความเหมาะสม
- ❖ มอบหมายให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานหลายหน้าที่เพื่อเป็นการฝึกทักษะและเพิ่มพูนประสบการณ์ให้สามารถทำงานแทนกันได้
- ❖ ผู้บริหารต้องจัดโครงการพัฒนาบุคลากรด้านการเงินและพัสดุอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง
- ❖ ควรมีการประชุมภายในฝ่าย/งานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน เพื่อทบทวนการทำงานและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ
- ❖ ควรมีการสับเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้งานอย่างแท้จริง

บันทึกขออนุมัติในหลักการที่ได้รับการอนุมัติแล้ว/ต้นฉบับหลักฐาน การเงินสูญหาย

1. แจ้งความเพื่อรับสำเนาใบแจ้งความที่เจ้าหน้าที่ตำรวจลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
2. จัดทำบันทึกเรียนบังคับบัญชา เพื่อขออนุมัติใช้สำเนาในการเบิกจ่ายเงิน โดยต้องระบุด้วยว่า **“จะไม่นำฉบับจริงมาเบิกในภายหลัง”** พร้อมแนบหลักฐานการเงินที่หายที่มีการลงนามรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้มีอำนาจ
3. ส่งขออนุมัติตามลำดับชั้น
4. นำต้นฉบับบันทึกข้างต้นแนบกับบันทึกขออนุมัติเบิกเงินพร้อมสำเนาหลักฐานการเงินที่หายที่มีการลงนามรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้มีอำนาจส่งขออนุมัติเบิกเงินพร้อมค่าใช้จ่ายอื่นตามปกติ

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (แบบ บก. 4231) หรือ บก.111 เดิม

1. ใช้ในกรณีที่ใบเสร็จรับเงินที่ใช้ในการเบิกเงินไม่สมบูรณ์
ต้องแนบหลักฐานทางการเงินที่ไม่สมบูรณ์ประกอบด้วย
2. ใช้ในกรณีเบิกเงินค่าพาหนะเดินทางที่ไม่สามารถขอใบเสร็จรับเงิน
หรือไม่มีกากตัว⁺ ผู้จ่ายต้องระบุทะเบียนรถที่โดยสารด้วย

คำถาม & ข้อเสนอ

