



บันทึกข้อความ

เงินปี 19200 จ่ายจริง 19200
 รับคืน.....
 จ่ายเพิ่ม.....
 จนท.การเงิน.....
 วันที่ 25/2/65

ส่วนราชการ.....โรงพยาบาลสตูล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม.....

ที่...สต.๐๐๓๒.๒๐๘ /.....วันที่.....๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕.....

เรื่อง.....ขออนุมัติเบิกเงินโครงการโครงการคัดกรองและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล

ด้วยศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ได้ดำเนินงานจัดกิจกรรมตามโครงการคัดกรองและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๔ กิจกรรมที่ ๑ อบรมเชิงปฏิบัติการแก่อาสาสมัครทุกคน ในการคัดกรองผู้สูงอายุ จำนวนผู้เข้าอบรม ๑๓๐ คน ในวันที่ ๒๗-๒๘ มกราคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.ณ.ห้องประชุมสภาเทศบาลเมืองสตูล เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม จึงมีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่ายตามโครงการเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๙,๒๐๐.-บาท (หนึ่งหมื่นเก้าพันสองร้อยบาทถ้วน) มีรายละเอียดดังนี้

- ๑. ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๖๕ คน x ๗๐ บาท x ๒ วัน เป็นเงิน ๙,๑๐๐.-บาท
- ๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๖๕ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๒ วัน เป็นเงิน ๖,๕๐๐.-บาท
- ๓. ค่าตอบแทนวิทยากร ชั่วโมงละ ๓๐๐ บาท x ๓ คน x ๒ ชม. x ๒ วัน เป็นเงิน ๓,๖๐๐.-บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

เรียน...ผู้...สตูล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

- ไม่อนุมัติ
- อนุมัติ

รวมเงินทั้งสิ้น 19200 บาท

(...เงิน...บาทถ้วน)

ตามเอกสารที่แนบ

(นางณัฐธิกา ตันติวิวัฒน์กุล)

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

นางสาวพัฒนาดี หลีนึ่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(นางมนูดี เชาว์โกวิทกุล)

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

(นางสาววันทนา ไทรงาม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล

25/2/65



บันทึกข้อความ

MoH 92(1.1)

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
เลขที่ ๐๐๕
วันที่ ๑๕ ม.ค. ๒๕๖๕
เวลา ๑๖.๐๐ น.

ส่วนราชการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสตูล โทร ๐๗๔-๗๑๑๖๑๔

ที่ สต ๐๐๓๒/๑๒๕

วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติจัดกิจกรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล

๑.เรื่องเดิม

ตามที่ศูนย์สุขภาพชุมชนพืมาน โรงพยาบาลสตูล จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ อสม.

ในการคัดกรองผู้สูงอายุ ตามโครงการคัดกรองและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประจำปี ๒๕๖๔ ศูนย์สุขภาพชุมชนพืมาน ตำบล พืมาน อำเภอ เมือง จังหวัด สตูล โดยขอใช้งบหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองสตูล จำนวนเงิน ๑๙,๒๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นเก้าพันสองร้อยบาทถ้วน)

๒.ข้อเท็จจริง

ศูนย์สุขภาพชุมชนพืมาน โรงพยาบาลสตูล จัดทำกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ อสม.

ในการคัดกรองผู้สูงอายุ วันที่ ๒๗ และ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑๓๐ คน

๓.ข้อพิจารณา

เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวถูกต้องตามระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรตามโครงการ จึงใคร่ขออนุมัติดำเนินการตามข้อเท็จจริงเบื้องต้นและขอใช้จ่ายงบประมาณ ดังนี้
กิจกรรม วันที่ ๒๗ และ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๕

- | | |
|--|---------------------|
| - ค่าตอบแทนวิทยากร ชั่วโมงละ ๓๐๐ บาท x ๓ คน x ๒ ชม. x ๒ วัน | เป็นเงิน ๓,๖๐๐.-บาท |
| - ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๖๕ คน x ๗๐ บาท x ๒ วัน | เป็นเงิน ๙,๑๐๐.-บาท |
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๖๕ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ x ๒ วัน | เป็นเงิน ๖,๕๐๐.-บาท |
| รวมเงินทั้งสิ้น ๑๙,๒๐๐ บาท | |

๔.ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

น.ส.พัฒน์าวดี หลีนิ่ง

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

(นางสาววันทนา ไทรงาม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล