#### krut_s

#### บันทึกข้อความ

#### ส่วนราชการ กลุ่มงาน....รพ./สสอ./รพ.สต. ................................................... จังหวัดอุดรธานี ๔๑๒๑๐

###### **ที่** อด............................./ **วันที่**.................................

**เรื่อง** ขออนุมัติดำเนินการตามแผนงานปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

##### **เรียน** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำโสม

เพื่อให้การปฏิบัติติราชการด้านสาธารณสุขเป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามแผนยุทธศาสตร์ คปสอ.น้ำโสม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ในประเด็นยุทธศาสตร์..............................................................จึงขออนุมัติเพื่อดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ ลำดับที่................ ชื่อ(ระชื่อบุแผนงาน/โครงการ)..............

...................................................................................................................................................................เป็นเงินจำนวน..................................... บาท (.......................................................................................) และขอดำเนินงานในวันที่...............................ถึงวันที่..........................................รวมจำนวน................วัน ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ...........................ผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนงาน/โครงการ

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

ตำแหน่ง......................................................

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำโสม

- เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ..........................................หัวหน้ากลุ่มงาน/สสอ.

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

ตำแหน่ง......................................................

( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..........................

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

(นางกัลยารัตน์ อินทบุญศรี)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำโสม

(นายแพทย์เชี่ยวชาญ)

**รายละเอียดขออนุมัติและใบขอใช้เงินตามแผนปฏิบัติราชการและการควบคุมการใช้แผน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **แผนงาน/โครงการ งวดการเบิกจ่าย : [ ] ไตรมาสที่ ๑ ( ต.ค.- ธ.ค. ) [ ] ไตรมาสที่ ๒ (ม.ค. – มี.ค.)**  **[ ] ไตรมาสที่ ๓ ( เม.ย.- มิ.ย. ) [ ] ไตรมาสที่ ๔ (ก.ค. – ก.ย.)**  ดำเนินงานครั้งนี้เป็นครั้งที่.......รวมยอดเงินครั้งนี้...............................บาท รวมยอดเงินดำเนินงานสะสม...................................บาท  คงเหลือวงเงินงบประมาณทั้งปี...........................................บาท | | |
| **ชื่อแผนงาน/โครงการ** | **ชื่อ...........................................................................................................................** |
| **ยุทธศาสตร์ที่................** | **ด้าน**.............................................................................. **ลำดับที่**........................... |
| **ผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการ** |  |
| **หน่วยงานเจ้าของโครงการ** | ระบุ (กลุ่มงาน...... รพ.น้ำโสม /สสอ./รพ.สต) ............................................................. |
| **ระยะเวลาดำเนินการ** | (ระบุวันที่ดำเนินงาน)................................................................................................ |
| **กิจกรรมหลัก** | (ระบุกิจกรรมที่ทำตามแผนปฏิบัติราชการนี้) |
| **งบแหล่งงบประมาณ /งบประมาณ** | [ ] บำรุง [ ] UC [ ] กองทุนทันตกรรม [ ] ท้องถิ่น [ ] งปม.(ระบุ)...............  จำนวน............. บาท (........................................................................................) |
| **ตัวชี้วัดโครงการ (KPI)** |  |
| **ความเห็นงานแผนฯ** | ( ) งานแผนตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติตามเสนอ  ( ) ส่งคืนแก้ไข ประเด็นแก้ไข............................................................................................  ............................................. ................................................  (นางสาวจรวยพร จำปาแก้ว) (นางสาวพลอยไพลิน อุ่นแสง)  งานแผนงานและยุทธศาสตร์สาธารณสุข  ………./………../…………. |
| **ความเห็นงานบริหาร** | ( ) งานบริหารตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติตามเสนอ (กรณีเป็นการจัดประชุมราชการทั่วไป ให้ขออนุมัติจัดประชุมราชการ กรณีเป็นการจัดฝึกอบรมให้เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติต่อไป)  ( ) ส่งคืนแก้ไข ประเด็นแก้ไข............................................................................................  (นางสาวมัชตา ผลถวิล)  หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป  ………./………../…………. |
| **ความเห็นผู้บริหาร** | ( ) อนุมัติดำเนินการตามแผนปฏิบัติราชการ  ( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.......................................................................................  (นางกัลยารัตน์ อินทบุญศรี)  นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)  รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำโสม  (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) |
|  |  |