

อำนาจ



ที่ ขก. ๐๐๓๓/๑๕๒

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงน้อย

ถนนเมืองพล - ชัยภูมิ ขก ๔๐๒๓๐

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุมัติสนับสนุนเงินบำรุง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงน้อย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากหน่วยบริการ จำนวน ๑ ฉบับ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ ขก ๐๐๓๓.๐๐๒/ว ๕๔ ลงวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๘ เรื่อง แจ้งการขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(Fixed Cost) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เพื่อเป็นค่าสาธารณูปโภค ค่าตอบแทนใช้สอย และวัสดุสำนักงาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงน้อย จึงขออนุมัติรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากโรงพยาบาลเวียงน้อย เพื่อเป็นค่าสาธารณูปโภคค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุสำนักงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จำนวน ๒๗๔,๖๐๐ บาท (สองแสนเจ็ดหมื่นสี่พันหกร้อยบาทถ้วน) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

พ.จ.ท.

(สายัน ภาควิทยา)

สาธารณสุขอำเภอเวียงน้อย

งานการเจ้าหน้าที่

โทร ๐๔๓-๔๙๙๐๗๑

แบบคำขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากหน่วยบริการ

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงน้อย

วันที่ ๒๕ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงน้อยซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ -
ตรอก/ซอย-..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... มีความ
ประสงค์ขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากโรงพยาบาล..... เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ (Fixed Cost) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เพื่อเป็นค่าสาธารณูปโภค ค่าตอบแทนใช้สอย
และวัสดุสำนักงาน โดยมีวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ ดังนี้

๑. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Fixed Cost) ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ.๒๕๖๘ จำนวน ๒๗๔,๖๐๐ บาท

เลขบัญชี ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา..... เลขที่ 020148019173

อนึ่งการขอรับการสนับสนุนดังกล่าว จะขอรับการสนับสนุนในลักษณะ

๑. การจ่ายขาด จำนวน ๒๗๔,๖๐๐ บาท (สองแสนเจ็ดหมื่นสี่พันหกร้อยบาทถ้วน)

๒. การยืม จำนวน-..... บาท (..... -)

จึงจะชำระคืนให้เสร็จสิ้นภายในวันที่-..... หรือโดยการผ่อนชำระให้เป็น
งวดๆ ละเท่าๆกัน ตั้งแต่วันที่-..... ถึงวันที่-.....

พร้อมทั้งคำขอนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงน้อย ได้จัดส่งเอกสารซึ่งแสดงรายละเอียด
เกี่ยวกับการขอรับการสนับสนุน มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้

- (✓) วัตถุประสงค์ของการนำไปใช้
- (✓) จำนวนเงินที่ต้องการขอรับการสนับสนุน
- () ภาระหนี้สิน เงินบำรุงคงเหลือ และวัสดุคงคลัง ณ วันที่เสนอขอรับการสนับสนุน
- () ระยะเวลาและวิธีการที่จะชดใช้เงินคืนกรณีขอรับการสนับสนุนในลักษณะยืม
- () ข้อเท็จจริงอื่นๆ ถ้ามี ระบุ

ดังปรากฏรายละเอียดแนบท้ายคำขอนี้

ลงชื่อ..... ไอพร Mrsผู้ยื่นคำขอ

(นางสาวไอพร การถาง)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๒๕ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘