

โรงพยาบาลตากดี

รายละเอียดการจ่ายเช็ค

ชื่อ.....เงินบำรุง สสอ.ตากดี.....

ประเภทเจ้าหน้าที่.....จัดสรรเงิน ปี2566 (รพ.สอ. ตากดี).....

เช็คเลขที่ 49493203.....ธนาคาร...ธ.ก.ส./318-2-37814-1.....ลงวันที่.....

ลำดับ	หนังสือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากดี	จำนวนเงิน (บาท)
1	ที่ นว 0633/267 ลงวันที่ 09 พฤษภาคม 2566	250,000.00
2		
3		
ใบเสร็จรับเงิน/จำนวนเงินรวม/ฉบับ <u>รวม 1 ฉบับ</u>		250,000.00
รวมจำนวนเงิน รายได้ก่อนภาษี		-
ภาษีหัก ณ ที่จ่าย		-
จำนวนเงินจ่ายสุทธิ		250,000.00

สำเนาฉบับ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลตากลี อำเภอตากลี จังหวัดนครสวรรค์ โทร. ๐๘๑ - ๒๓๙๒๔๗๗

ที่ นว.๐๐๓๓.๓/๒๖๐

วันที่

เรื่อง จัดสรรเงินสนับสนุนเงินบำรุงหน่วยบริการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากลี

ด้วยเครือข่ายประกันสุขภาพ อำเภอตากลี ได้ดำเนินการจัดสรรเงินสนับสนุนเงินบำรุงหน่วยบริการเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากลีเรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ จึงขอให้โรงพยาบาลตากลี ดำเนินการเบิกจ่ายและโอนเงินให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากลีเรียบร้อยแล้ว เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๕๐,๐๐๐ บาท (สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....ประธานคณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุข
(นางสาวศรุตตา ช่อไสว) อำเภอตากลี (คปสอ.)

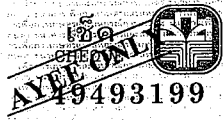
ลงชื่อ.....สาธารณสุขอำเภอตากลี
(นายภูติศ แก้วจรรยา)

ลงชื่อ.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
(นางวันเพ็ญ พงษ์สถิตย์พร)

ลงชื่อ.....เภสัชกร ชำนาญการพิเศษ
(นางสาวสิริพร วงษ์ศรีทอง)

ลงชื่อ.....นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
(นายไพศาล พวงสมบัติ)

ลงชื่อ.....นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
(นางศุภิภรณ์ ดีฟุ่ม)



ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาตาคี
 BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL COOPERATIVES สาขาตาคี
 792/3 ถนนพหลโยธิน ต.ตาคี อ.ตาคี จ.นครสวรรค์ 60140

วันที่ Date 2 ธ.ย. 2566

จ่าย Pay ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาตาคี

จำนวนเงิน (บาท) สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน

The sum of (Bath)

B \$250,000.00

เงินยืมจำนองโรงพยาบาลตาคี

[Signature]

เลขที่ Check No. สำนักพิมพ์ Office No. เลขที่บัญชี Account No. สำหรับเจ้าหน้าที่ For Official Use Only

๕๐4 ๙๙๔๙๓๑๙๙๐๐๓๔๐๐๑๘๔ 3185000660



Krungthai
กรุงไทย

สาขา
Branch

วันที่และเวลา
Date and Time

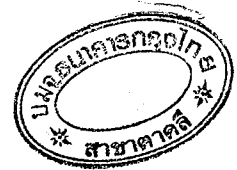
ใบรับฝากเงินและใบเสร็จรับเงิน
DEPOSIT SLIP & RECEIPT SLIP

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537000882

๒๖ ๖ - ๒๕๖๑

๒๖ ๖ - ๒๕๖๑

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ
I hereby verify and confirm that the information mentioned above is true and correct.



ลายมือชื่อผู้นำฝาก/Depositor

จำนวนเงิน/Amount

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร
Authorized Signature



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ : โรงพยาบาลตากคลี อำเภอตากคลี จังหวัดนครสวรรค์ โทร. ๐๘๑ - ๒๓๙๒๔๗๗

ที่ นว.๐๐๓๓.๓/๒๗๓

วันที่ ๒ มิ.ย. 2566

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากคลี

ด้วย โรงพยาบาลตากคลี ขออนุมัติจัดสรรเงินสนับสนุนเงินบำรุงหน่วยบริการเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากคลีเรียบร้อยแล้ว เป็นจำนวนเงิน ๒๕๐,๐๐๐ บาท (สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ทั้งนี้ ตามนัย ข้อ ๓๕ แห่งระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกเงินจากคลัง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. ๒๕๖๒ และตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๙๙๓/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓ มอบอำนาจให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน พิจารณาอนุมัติ จ่ายเงินบำรุงได้ครั้งละไม่เกิน ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท (สองล้านบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายสุกhit พงศ์พัฒนศิริ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ปฏิบัติงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากคลี
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายพีรบูรณ์ พิมพ์วงศ์ทอง)

นักจัดการงานทั่วไป ชำนาญการ

อนุมัติจ่าย

จำนวนเงิน ๒๕๐,๐๐๐ บาท

(สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)

(นางสาวศรุตตา ช่อไสว)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากคลี



โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร
 2183
 วันที่ 14 พ.ค. 66
 เวลา 17.40

ที่ นว ๐๖๓๓/๒๖๗

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากสิน
 ถนนพหลโยธิน อำเภอตากสิน
 จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๑๔๐

๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอรับสนับสนุนเงินบำรุงหน่วยบริการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาบัญชีเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากสิน จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. แบบขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจากหน่วยบริการอื่น จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากสิน มีภาระค่าใช้จ่ายที่จำเป็นด้านการบริหารจัดการ เรื่องค่าสาธารณูปโภค ค่าอบรมประชุมวิชาการ ค่าจ้างเหมาทำความสะอาด และค่าใช้จ่ายอื่นๆของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากสิน

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากสิน จึงขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงหน่วยบริการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังกล่าวข้างต้นประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เป็นเงิน ๒๕๐,๐๐๐ บาท (สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) ซึ่งกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๐ กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีอำนาจดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ จึงมีสถานะเป็นสถานพยาบาลของทางราชการ(หน่วยบริการ) โดยโอนเงินดังกล่าวเข้าบัญชีเงินบำรุงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากสิน บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาตากสิน หมายเลข ๖๐๗-๐-๖๒๕๘๘-๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

เป็นแบบตามจริง

- ก่ออภินันท์

- อนุภพนิ

๑๔ พ.ค. ๖๖

ขอแสดงความนับถือ

(นายภูติศ แก้วจรรยา)

สาธารณสุขอำเภอตากสิน

โทร. ๐-๕๖๒๖-๔๒๘-๒

แบบคำขอรับกาสนับสนุนเงินบำรุงจากหน่วยบริการอื่น

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากาลี

วันที่ ๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากาลี ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ ๘/๓ ซอยเรียงยศ ต.ตากาลี อ.ตากาลี จ.นครสวรรค์ มีความประสงค์ขอรับการสนับสนุนเงินบำรุงจาก โรงพยาบาลตากาลี เป็นค่าใช้จ่าย โดยมีวัตถุประสงค์ของการนำเงินไปใช้ ดังนี้

๑. ค่าสาธารณูปโภค

- ค่าไฟฟ้า จำนวนเงิน ๗๐,๐๐๐ บาท
- ค่าน้ำประปา จำนวนเงิน ๒,๐๐๐ บาท
- ค่าโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต จำนวนเงิน ๒,๕๐๐ บาท
- รวมเป็นจำนวนเงิน ๗๔,๕๐๐ บาท

๒. ค่าประชุมวิชาการและค่าอบรม

- ค่าอบรม ผู้บริหารระดับกลาง ๑ คน จำนวนเงิน ๓๓,๐๐๐ บาท
- ค่าประชุมวิชาการภาคเหนือ จำนวน ๘ คนๆละ ๔,๐๐๐ บาท จำนวนเงิน ๓๒,๐๐๐ บาท
- ค่าประชุมวิชาการระดับประเทศ จำนวน ๘ คนๆละ ๕,๐๐๐ บาท จำนวนเงิน ๔๐,๐๐๐ บาท
- ค่าประชุมอบรมทั่วไป จำนวนเงิน ๓๘,๕๐๐ บาท
- รวมเป็นจำนวนเงิน ๑๔๓,๕๐๐ บาท

๓. ค่าจ้างเหมาทำความสะอาดอาคารสำนักงานจำนวน ๘ เดือนๆละ ๔,๐๐๐ บาท
จำนวนเงิน ๓๒,๐๐๐ บาท

อนึ่งการขอรับการสนับสนุนดังกล่าว จะขอรับการสนับสนุนในลักษณะ

(๑) การจ่ายขาด จำนวน ๒๕๐,๐๐๐ บาท (สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)


(๒) การยืม จำนวน - บาท (-)

ซึ่งจะชำระคืนให้เสร็จสิ้นภายในวันที่.....หรือโดยการผ่อนชำระให้เป็น งวดๆ ละเท่า ๆ กัน
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

พร้อมทั้งคำขอนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากาลีได้จัดส่งเอกสารซึ่งแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการขอรับการสนับสนุน มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้

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

ดังปรากฏรายละเอียดแนบท้ายคำขอนี้

ลงชื่อ..... .....ผู้ยื่นคำขอ

(นายภูติศ แก้วจรรยา)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอตากาลี

วันที่ ๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๖

แบบคำขอรับกาสนับสนุนเงินบำรุงจากหน่วยบริการอื่น

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากาลี

วันที่ ๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากาลี ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ ๘/๓ ซอยเรืองยศ ต.ตากาลี อ.ตากาลี จ.นครสวรรค์ มีความประสงค์ขอรับกาสนับสนุนเงินบำรุงจาก โรงพยาบาลตากาลี เป็นค่าใช้จ่าย โดยมีวัตถุประสงค์ของการนำเงินไปใช้ ดังนี้

๑. เพื่อใช้เป็นค่าสาธารณูปโภค(ค่าน้ำและค่าไฟฟ้าและค่าโทรศัพท์,ค่าอินเทอร์เน็ต) ค่าจ้างเหมาทำความสะอาดสำนักงาน ค่าประชุมวิชาการ ค่าอบรมตามโครงการต่างๆ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากาลี จำนวนเงิน ๒๕๐,๐๐๐ บาท (สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)

อนึ่งการขอรับกาสนับสนุนดังกล่าว จะขอรับกาสนับสนุนในลักษณะ

๑.๑ การจ่ายขาด จำนวน ๒๕๐,๐๐๐ บาท (สองแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)

๑.๒ การยืม จำนวน - บาท (-)

ซึ่งจะชำระคืนให้เสร็จสิ้นภายในวันที่.....หรือโดยการผ่อนชำระให้เป็นงวดๆ ละเท่าๆ กัน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

พร้อมทั้งคำขอนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากาลีได้จัดส่งเอกสารซึ่งแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการขอรับกาสนับสนุน มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้

- (✓) วัตถุประสงค์ของการนำเงินไปใช้
- (✓) จำนวนเงินที่ต้องการขอรับกาสนับสนุน
- () ภาระหนี้สิน เงินบำรุงคงเหลือ และวัสดุคงคลัง ณ วันที่เสนอขอรับกาสนับสนุน
- () ระยะเวลาและวิธีการที่จะชดใช้เงินคืนกรณีขอรับกาสนับสนุนในลักษณะยืม
- () ข้อเท็จจริงอื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

ดังปรากฏรายละเอียดแนบท้ายคำขอนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(นายภูติศ แก้วจรรยา)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอตากาลี

วันที่ ๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๖



ข้อมูลการโอนเงินอัตโนมัติ

โปรดตรวจสอบข้อมูลการโอนเงินอัตโนมัติ
ก่อนการโอนเงินทุกครั้ง เพื่อให้การโอนเงินเป็นไปอย่างถูกต้อง
และรวดเร็ว โดยข้อมูลการโอนเงินอัตโนมัติจะขึ้นอยู่กับ
ข้อมูลการโอนเงินที่ผู้โอนเงินและผู้รับเงินได้แจ้งไว้
ก่อนการโอนเงินทุกครั้ง

ขอสงวนสิทธิ์ในบัญชีเงินฝาก
SMB และบัญชีเงินฝากออมทรัพย์
เมื่อมีเงินในบัญชีเงินฝาก
มีปัญหาติดต่อ โทร. 053-261554-7

การโอนเงินอัตโนมัติจะดำเนินการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์
เวลา 08.00 น. ถึง 17.00 น. ยกเว้นวันหยุดราชการ
และวันหยุดชดเชย โดยผู้โอนเงินและผู้รับเงินต้องแจ้งข้อมูล
การโอนเงินที่ถูกต้องและครบถ้วนก่อนการโอนเงินทุกครั้ง
หากข้อมูลการโอนเงินไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน
การโอนเงินอัตโนมัติจะดำเนินการล่าช้ากว่ากำหนด
หรืออาจไม่สำเร็จก็ได้ ผู้โอนเงินและผู้รับเงิน
ต้องตรวจสอบข้อมูลการโอนเงินที่แจ้งไว้ก่อนการโอนเงิน
ทุกครั้ง และหากพบข้อผิดพลาดใดๆ กรุณาแจ้ง
สาขาที่โอนเงินทันที เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้
โดยเร็วที่สุด



สำนักงาน
Office รหัสสาขา 607

บัญชีเลข
Account No. 607-0-62588-9

สาขาตากสิน

อภัยสิทธิ์
Akhathit

เงินบาท รูด สสอ.ตากสิน



ลายมือชื่อผู้มีอำนาจ
Authorized Signature

SS No 4499819



คำสั่ง คปสอ. ตาคลี

ที่ ๑/๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโอนเงินเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาคลี

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาคลี ขอแต่งตั้งคณะกรรมการรับรองการโอนเงินเครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอตาคลี ประกอบด้วย

- | | | | |
|-----------------|--------------|---------|------------------------------|
| ๑. นางสาวศรุตตา | ชื่อใสว | ตำแหน่ง | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาคลี |
| ๒. นายภูติศ | แก้วจรูญ | ตำแหน่ง | สาธารณสุขอำเภอตาคลี |
| ๓. นางวันเพ็ญ | พงษ์สถิตย์พร | ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ |
| ๔. นางสาวสิริพร | วงศ์ศรีทอง | ตำแหน่ง | เภสัชกร ชำนาญการพิเศษ |
| ๕. นายไพศาล | พวงสมบัติ | ตำแหน่ง | นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ |
| ๖. นางศุจีภรณ์ | ดีพุ่ม | ตำแหน่ง | นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ |

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๓ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

สั่ง ณ. วันที่ ๓ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงชื่อ.....

(นางสาวศรุตตา ชื่อใสว)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาคลี

ประธานคณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขอำเภอตาคลี (คปสอ.)

อำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์