**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** กลุ่มงานอำนวยการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ โทร. ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘

**ที่** สธ ๐๒๓๔.01/ **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการจัดประชุม

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 ผู้รับมอบอำนาจ)

ด้วยกลุ่มงาน....................................... สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ ได้ดำเนินการจัดประชุม.......................................................................วันที่ .............................. เวลา......................................น.  
..............................................................................................................................................................................

กลุ่มงาน................................. ได้ดำเนินการจัดประชุมดังกล่าวเสร็จสิ้น และ  
............ชื่อ-สกุล...........................................ได้สำรองจ่ายเงิน ดังนี้

- ค่าอาหารกลางวัน

(จำนวน....... คน X………บาท X……มื้อ) เป็นเงิน..................บาท

- ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม

(จำนวน........คน X………..บาท X……..มื้อ) เป็นเงิน..................บาท

รวม ............. รายการ เป็นเงิน ........................................................ บาท (....................................................................) โดยเบิกจากเงินงบประมาณของเขตสำนักงานสุขภาพที่ ๙ ที่ตั้งเบิกที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัสหน่วยเบิกจ่าย ๒๑๐๐๒๐๐๑๑๕ รหัสงบประมาณ ๒๑๐๐๒๓๓๐๙๕๐๐๐๐๐๐ กิจกรรมหลัก Q2801 แหล่งเงิน 6511200 รหัสหน่วยรับงบประมาณ 2100200280 รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(.............................ชื่อ-สกุล........................)

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

**อนุมัติ**

(นางอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล)

สาธารณสุขนิเทศก์

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ ปฏิบัติราชการแทน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบ บก.111

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

ส่วนราชการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียด** | **จำนวนเงิน** | | **หมายเหตุ** |
|  | - ค่าอาหารกลางวัน.  (จำนวน...... คน ×.........บาท ×......มื้อ) |  |  |  |
|  | - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม  (จำนวน...... คน ×.........บาท ×......มื้อ) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **รวมเงิน** |  |  |  |

รวมทั้งสิ้น (.................................................................)

ข้าพเจ้า ............................................................................... ตำแหน่ง ................................................ สังกัด สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้า ได้จ่ายไปในงานราชการโดยแท้

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก

(....................................................) ตำแหน่ง................................................

วันที่ ............................................