

 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โทร

**ที่** พจ **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมรายการดำเนินงานตามโครงการ

**เรียน** นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

 ตามที่กลุ่มงาน/คบสอ.………………………………………………...................................ได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการ(ชื่อ/เรื่อง)………………………………………………………………………………………………………………………………..……รหัสโครงการ…………………….………….ระหว่างวันที่………………………..……………ถึงวันที่………………………………………….

แหล่งงบประมาณ………………………………………. จำนวนเงิน………………………..บาท(………………………………………………..)

ซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณในหมวดรายจ่าย ดังนี้

๑.ค่าตอบแทน........…………………………………………………………………………………………จำนวน…………………………..บาท

๒.ค่าใช้สอย……………………………………………………………………………………….…………..จำนวน…………………………..บาท

๓.ค่าวัสดุ........……………………………………………………………………………………………..…จำนวน…………...……………..บาท

๔.อื่น ๆ (ระบุ)………………………………………………………………………………………………….จำนวน…………………………..บาท

 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น………………………………..บาท (……………………………………………………………)

 มีความประสงค์จะขอเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมกิจกรรม โดย

🞎 วงเงินงบประมาณเท่าเดิม

🞎 ปรับเพิ่มงบประมาณ จำนวน.........................บาท(………………………………………………..) จากแหล่งงบประมาณ…………………………................ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.........................บาท(………………………………………………..)ดังรายละเอียดกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม ดังต่อไปนี้ *(กรณีรายละเอียดมาก รายละเอียดแนบท้ายบันทึกนี้)*

๑…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

๒…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

…………………………………… ………………………………

 (นายทองดี นาควิจิตร) (นายพนม ปทุมสูติ)

สาธารณสุขอำเภอบึงนาราง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพทะเล รักษาการในตำแหน่ง

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงนาราง

**ความเห็นของงานการเงินและบัญชี**

ตรวจสอบแล้วเห็นว่ารายการที่เปลี่ยนแปลงเป็นไปตามระเบียบฯ

 ……………………………………

 (……………………………………)

**ความเห็นของ CFO คบสอ.บึงนาราง**

ตรวจสอบแล้วมีแหล่งงบประมาณ.....................

 ……………………………………

 (……………………………………)

**ความเห็นของรอง นพ.สสจ. รับผิดชอบแผนงาน**

 ……………………………………

 (……………………………………)

 ……………………………………

 (……………………………………)

 **ความเห็นของCIPO**

 **เห็นชอบตามเสนอ**

…………………………………… ………………………………

(นายสุริยน จูรัตนากร) (นายวรวิทย์ พูลสวัสดิ์กิติกูล)

หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)

 **ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งการ**

 **อนุมัติ**

 (นายวิวัฒ คำเพ็ญ)

 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

**กิจกรรมที่เปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม**

**โครงการ**………………………………………………………………………………………………………………………………..……

**รหัสโครงการ**…………………….………….

🞎 วงเงินงบประมาณเท่าเดิม

🞎 ปรับเพิ่มงบประมาณ จำนวน.........................บาท(………………………………………………..)

จากแหล่งงบประมาณ…………………………................ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.........................บาท(………………………………………………..)รายละเอียดดังต่อไปนี้

**1.**

**2.**

**3.**

**4.**

…………………………………… ………………………………

(…………สสอ.…………….…) (……………ผอ.รพ……………)