



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน/งาน..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ
ที่ อจ. ๐๐๓๒..... /..... วันที่.....
เรื่อง ขออนุมัติ จ่ายเงิน / ยืมเงิน

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดอำนาจเจริญ

ด้วย กลุ่มงาน/งาน..... มีความประสงค์ขออนุมัติ จ่ายเงิน / ยืมเงิน เพื่อเป็น
ค่าใช้จ่าย..... ตามรายละเอียดต่อไปนี้

1.
2.
3.
4.
5.
6.

รวม.....รายการ เป็นเงินทั้งสิ้นบาท ตามรายละเอียดแนบท้ายนี้ โดยขอเบิกจ่ายจาก

(/) เงิน บัญชี ๖ ปีงบประมาณ.....รหัสกองทุน.....กองทุนย่อย.....
มียอดคงเหลือตาม กองทุน/โครงการบาท
ขอเบิกครั้งนี้บาท เบิกแล้วมีเงินคงเหลือตามกองทุน/โครงการ.....บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(.....)

.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดอำนาจเจริญ

- เห็นควรเบิกจ่ายจากบัญชี.....งบ.....
- เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดอำนาจเจริญ

- ได้ตรวจสอบถูกต้องแล้ว ปรากฏว่ามีเงินเพียงพอสามารถเบิกจ่ายได้
- เห็นควร () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ
(ลงชื่อ).....
(.....)

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ