



**ใบสลิปแนบรายการขอเบิกเงิน**  
(สำหรับสนับสนุนการดำเนินการภารกิจพื้นฐาน สสอ.)

- (๑) วันที่ .....
- (๒) เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน  
เนื่องด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....
- (๓) ขอเบิกเงินเป็นค่า .....
- (๔) เพื่อใช้ในงาน / โครงการ.....
- (๕) วันที่ดำเนินการ .....
- (๖) โดยเบิกจาก : งบ (สป./กรมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
- (๗) ผลผลิต : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ
- (๘) รหัสผลผลิต : ๒๑๐๐๒๓๒๐๐๑๖๐๐๒๐๐๐๐๐๐
- (๙) กิจกรรม : พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB)
- (๑๐) รหัสกิจกรรมหลัก : ๒๑๐๐๒๖๖๐๐๐๐๑๐๐๐๐๐
- (๑๑) จำนวนที่ได้รับ ..... บาท
- (๑๒) เบิกจ่ายแล้ว ..... บาท
- (๑๓) คงเหลือ ..... บาท ใช้ครั้งนี้ ..... บาท คงเหลือสุทธิ ..... บาท
- (๑๔) (ลงชื่อ) ..... ผู้ตรวจสอบระดับอำเภอ
- (๑๕) (ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่การเงิน สสจ. รับหลักฐาน
- (๑๖) กลุ่มงานที่คุมยอด : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข (ลงชื่อ) .....

ตรวจสอบ ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ เห็นควรอนุมัติ

- (๑๗) (ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่การเงินตรวจฎีกา ๓๕๐
- (๑๘) (ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน
- (๑๙) (ลงชื่อ) ..... หัวหน้างานการเงิน
- (๒๐) (ลงชื่อ) ..... หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
- (๒๑) (ลงชื่อ) ..... ผชช.(ส)/ผชช.(จ)/นวก.

ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ

**อนุมัติ**

- (ลงชื่อ) ..... นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน
- วันที่ .....