

ที่ สน.๐๐32. ......./ โรงพยาบาลกุดบาก

อ.กุดบาก จ.สกลนคร

๔๗๑๘๐

………………. 2567

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินตามโครงการ........................................

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักฐานการเบิกจ่ายเงินตามโครงการฯ จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่โรงพยาบาลกุดบาก ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ โครงการ........................................................................................................................................................................................................................... ในวันที่................................ ณ ......................................... โดยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน................ คน งบประมาณ............................ บาท (....................... บาทถ้วน)

ในการนี้ โรงพยาบาลกุดบาก ได้ดำเนินโครงการ.................................................................................................................................................................................................................................. เรียบร้อยแล้ว จึงขออนุมัติจ่ายค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม และค่าสัมมนาคุณวิทยากร สำหรับผู้เข้าร่วมอบรมฯ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

( นายธนวรรษ หาญสุริย์ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดบาก

กลุ่มงาน...................

โทร. ๐-๔๒๗๘-๔๐2๑ ต่อ ........

**( สำเนาคู่ฉบับ)**

ที่ สน.๐๐32. …………./ โรงพยาบาลกุดบาก

อ.กุดบาก จ.สกลนคร

47180

………………. 2567

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินตามโครงการ........................................

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักฐานการเบิกจ่ายเงินตามโครงการฯ จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่โรงพยาบาลกุดบาก ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ โครงการ........................................................................................................................................................................................................................... ในวันที่................................ ณ ......................................... โดยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน................ คน งบประมาณ............................ บาท (....................... บาทถ้วน)

ในการนี้ โรงพยาบาลกุดบาก ได้ดำเนินโครงการ.................................................................................................................................................................................................................................. เรียบร้อยแล้ว จึงขออนุมัติจ่ายค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม และค่าสัมมนาคุณวิทยากร สำหรับผู้เข้าร่วมอบรมฯ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

( นายธนวรรษ หาญสุริย์ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดบาก

กลุ่มงาน...................

โทร. ๐-๔๒๗๘-๔๐2๑ ต่อ ........