

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 ........