**บันทึกข้อความ**

**สำเนาคู่ฉบับ**

**ส่วนราชการ** กลุ่มงาน..........................................โรงพยาบาลกุดบาก โทรศัพท์ 0 4278 421 ต่อ ................

**ที่**  สน 0032. ............./  **วันที่**..................................................

# **เรื่อง** ขออนุมัติยืมเงินทดรองจ่ายในการปฏิบัติราชการ

# เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดบาก

ข้าพเจ้า..............................................................ตำแหน่ง...................................................สังกัด โรงพยาบาลกุดบาก มีความประสงค์จะขอยืมเงินทดรองจ่ายในการปฏิบัติราชการ จาก................................................................................................................ เป็นจำนวนเงิน..............................บาท (.................................................................................................) เพื่อนำไปใช้ในงาน............................................

..............................................................................................................................................................................ที่............................................................................................................................................................................โดยจะดำเนินการ ในวันที่..................................เดือน...................................................พ.ศ..................................

จะส่งคืนภายใน ( ) 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับเงิน กรณี เงินยืมราชการอื่น

 ( ) 15 วัน นับแต่วันที่กลับจากเดินทางไปราชการ

โดยมีประมาณการใช้จ่ายดังนี้

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

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

 ลงชื่อ..................................................

(.....................................................................)

 ตำแหน่ง......................................................................

ตรวจสอบ ถูกต้อง

(นางสาวพรพิมล แหล่งหล้า)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน

|  |  |
| --- | --- |
| เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดบาก |  |
| * ตรวจสอบถูกต้อง
* เห็นควรอนุมัติ
 | 1. อนุมัติ 2. งานการเงิน ดำเนินการต่อไป |
|  |  |
|  (นางณภัทร มะโนคำ) เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส |  (นายธนวรรษ หาญสุริย์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดบาก |