**เอกสารสำหรับตั้งเบิกค่าใช้จ่ายโครงการ/แผนงาน**

1. ขออนุมัติดำเนินการ **( ต้องขออนุมัติก่อนดำเนินโครงการ/แผนงาน)** ตัวอย่างตามเอกสารแนบที่ 1

2. ขออนุมัติจัดประชุม / อบรม **( ต้องขออนุมัติก่อนประชุม/อบรม)** ตัวอย่างตัวเอกสารแนบที่ 2
 2.1 กรณีขออนุมัติจัดอบรม/ประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้แนบกำหนดการอบรม/ประชุมด้วย (ตัวอย่างตามเอกสารแนบที่ 3 )

 2.2 กรณีขออนุมัติจัดประชุม ให้แนบวาระการประชุมด้วย (ตัวอย่างตามเอกสารแนบที่ 4 )

 2.3 **กรณีจัดประชุม เอกสารตั้งเบิกต้องมีรายงานการประชุมแนบ** (ตัวอย่างตามเอกสารแนบที่ 5 )

3. เอกสารเบิกค่าอาหารกลางวัน/อาหารว่าง

 **อาหารกลางวัน มื้อละ 7 0 บาท , อาหารว่างและเครื่องดื่ม มื้อละ 25 บาท**

 3.1 ลายมือชื่อผู้เข้าร่วม ประชุม/อบรม (แบบฟอร์มตามเอกสารแนบที่ 6 )

 3.2 **ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิด**ลบแก้ไขชื่อ และลายมือชื่อ กรณีเขียนผิด ให้ขีดฆ่าและเขียนใหม่ในบรรทัดต่อไป

 3.3 กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ ให้จัดทำช่องขาดที่พอดีกับลายนิ้วมือ ละเขียนกำกับว่าเป็นลายนิ้วมือของนิ้วไหน

 ข้างไหน (หากความกว้างของช่องไม่พอ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมท่านต่อไปเว้นบรรทัด ไม่ให้ซ้อนทับกัน)

 3.4 สำเนาบัตรประชาชน ผู้รับเหมาทำอาหารและอาหารว่าง พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

 3.5 ใบสำคัญรับเงิน พร้อมลายมือชื่อ(ที่ตรงกับสำเนาบัตรประชาชน)ของผู้รับเหมาทำอาหาร/อาหารว่าง

 (แบบฟอร์มตามเอกสารแนบที่ 7 )

4. กรณีเชิญวิทยากร

 4.1 **หนังสือเชิญวิทยากร และหนังสือตอบรับจากวิทยากร**

 4.2 สำเนาบัตรประชาชน วิทยากร พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

 4.3 ใบสำคัญรับเงิน พร้อมลายมือชื่อ(ที่ตรงกับสำเนาบัตรประชาชน) ของวิทยากร (แบบฟอร์มตาม

 เอกสารแนบที่ 8 )

 4.4 การเบิกค่าวิทยากร

 - บรรยาย ได้ชั่วโมงละไม่เกิน 1 คน วันละ ไม่เกิน 6 ชั่วโมง

 - อภิปราย ไม่เกิน 5 คน

 - วิทยากรกลุ่ม ไม่เกินกลุ่มละ 2 คน(วิทยากรกลุ่ม 1 คน ต่อผู้ร่วมกิจกรรมกลุ่มไม่ต่ำกว่า 6 คน )

 - กระทรวงเดียวกัน ภายในอำเภอไม่สามารถเบิกค่าวิทยากรได้

 - กระทรวงเดียวกันต่างอำเภอ ศักยภาพต้องสูงกว่า บุคลากรภายในอำเภอ

 - ราชการ 600 บาท/ชั่วโมง

 - เอกชน 1,200 บาท/ชั่วโมง

5.วัสดุ...

5. วัสดุ/อุปกรณ์ ให้ทำขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง หากราคาเกิน 5,000 บาท ต้อง Key EGP

 5.1 กรณีจัดซื้อเอง

 5.1.1 ราคาต้องไม่เกินราคาท้องตลาด (ปรึกษา จนท.พัสดุ รพ.พร้าว )

 5.1.2 ถ่ายรูปวัสดุที่จัดซื้อ

 5.1.3 กรณี กลุ่มงานใน รพ. จัดซื้อเอง หลังจัดซื้อแล้วให้นำใบเสร็จรับเงินและสำเนาโครงการมาทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างที่งานพัสดุ ภายใน 5 วัน

 5.1.4 กรณี รพ.สต. จัดซื้อเอง ให้ทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุ

 5.2 กรณีให้งานพัสดุ รพ.พร้าว จัดซื้อให้

 แจ้งความประสงค์ พร้อมแนบสำเนาโครงการ ที่งานพัสดุ รพ.พร้าว ก่อนดำเนินกิจกรรมโครงการ อย่างน้อย 10 วัน

6. ค่าจ้างเหมา จ้างบุคคลภายนอกเท่านั้นไม่สามารถจ้างเหมาผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้ทั้ง จนท. หรือ ลูกจ้าง ต้องและอนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง มีคำสั่งจ้าง ตามระเบียบจัดซื้อจัดจ้าง และทำเป็นรายบุคคล

7. ค่ารางวัลการประกวด ในการล้างหนี้ ต้องมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ และมีผลการตัดสิน

8. กรณีเปลี่ยนแปลงรายการ หรือเปลี่ยนแปลงราคา ที่ไม่ตรงตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในโครงการ ให้ทำบันทึกข้อความขอเปลี่ยนแปลงรายการ ทั้งนี้งบประมาณทั้งหมดต้องอยู่ในวงเงินงบประมาณของโครงการที่ได้รับการอนุมัติ (เอกสารแนบที่ 9 )

9. เอกสารที่ต้องยื่นในการตั้งเบิกงบประมาณโครงการ **( เอกสารทุกหน้าที่เป็นสำเนาถ่ายเอกสาร ให้ผู้รับผิดชอบโครงการรับรองสำเนาถูกต้องทุกหน้า)**

 9.1 บันทึกข้อความสรุปค่าใช้จ่ายโครงการ (ตัวอย่างตามเอกสารแนบที่ 10 )

 9.2 บันทึกข้อความขออนุมัติดำเนินการ และกำหนดการประชุม/อบรม (กรณีจัดประชุม/อบรม)

 9.3 สำเนาโครงการ

 9.4 เอกสารค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบพัสดุและการเงิน

 9.5 ประเมินโครงการ ตามแบบประเมินโครงการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 256๔ ( แบบฟอร์มขอได้ที่งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลพร้าว) เอกสารแนบที่ 11

เอกสารแนบที่ 1



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

ที่ ชม ๐๐๓๒.๓๐๖ / 103 วันที่ 7 ตุลาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว

 **ต้นเรื่อง**

ตามที่ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลพร้าว ได้รับการพิจารณาอนุมัติโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพร้าว ประจำปีงบประมาณ ๒๕63 ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563 (ตามที่ระบุไว้ในโครงการ) โดยใช้งบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลพร้าว จำนวน 76,500 บาท (เจ็ดหมื่นหกพันห้าร้อยบาทถ้วน ) นั้น

 **ข้อเท็จจริง/พิจารณา**

ในการนี้ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ขออนุมัติดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพร้าว รายละเอียดดังนี้

1. ค่าอาหารกลางวัน 50 คน x 60 บาท x 1 มื้อ x 5 วัน เป็นเงิน 15,000 บาท

2. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 50 คน x 25 บาท x 2 มื้อ x 5 วัน เป็นเงิน 12,500 บาท

3. ค่าสมนาคุณวิทยากร(อภิปราย) 2 คน x 8 ชม. x 600 บาท x 5 วัน เป็นเงิน 48,000 บาท

4. ค่าวัสดุสำนักงาน เป็นเงิน 1,000 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 76,500 บาท (เจ็ดหมื่นหกพันห้าร้อยบาทถ้วน )

 **ข้อเสนอ**

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

 (นางสาวนิภาพร เขื่อนคำ)

 ผู้รับผิดชอบโครงการ

##  อนุมัติ

 (นายสมิต ศมพันธุ์พงศ์)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว

เอกสารแนบที่ 2



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

ที่ ชม ๐๐๓๒.๓๐๖ / 111 วันที่ 21 ตุลาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว

 **ต้นเรื่อง**

ตามที่ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลพร้าว ได้รับการพิจารณาอนุมัติโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพร้าว ประจำปีงบประมาณ ๒๕63 โดยใช้งบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลพร้าว จำนวน 76,500 บาท (เจ็ดหมื่นหกพันห้าร้อยบาทถ้วน ) นั้น

 **ข้อเท็จจริง/พิจารณา**

ในการนี้ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ขออนุมัติจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 เวลา 08.00 น. – 17.30 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลพร้าว อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ตามรายละเอียดที่แนบมา

**ข้อเสนอ**

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

 (นางสาวนิภาพร เขื่อนคำ)

 ผู้รับผิดชอบโครงการ

##  อนุมัติ

 (นายสมิต ศมพันธุ์พงศ์)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว

เอกสารแนบที่ 3

**กำหนดการประชุมปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล**

 **โรงพยาบาลพร้าว อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่**

**วันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 เวลา 08.30 – 17.30น.**

08.30 น.- 10.30 น. การบริหารความเสี่ยง ( RM )

 โดยวิทยากร อาจารย์อาภรณ์ ชัยรัต

 อาจารย์ทพญ.ภารณี ชวาลวุฒิ

10.30 น. – 12.00 น. การดูแลผู้ป่วย ( PCT )

โดยวิทยากร อาจารย์อาภรณ์ ชัยรัต

 อาจารย์ทพญ.ภารณี ชวาลวุฒิ

13.00 น. – 14.30 น. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล ( HR )

โดยวิทยากร อาจารย์อาภรณ์ ชัยรัต

 อาจารย์ทพญ.ภารณี ชวาลวุฒิ

14.30 น. – 17.30 น. การเขียนผลลัพธ์การดำเนินงาน ( Part IV )

โดยวิทยากร อาจารย์อาภรณ์ ชัยรัต

 อาจารย์ทพญ.ภารณี ชวาลวุฒิ

**หมายเหตุ** พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลา 10.30น. – 10.45 น. และ 14.30 น.- 14.45 น.

 รับประทาอาหารกลางวัน เวลา 12.00น. – 13.00น.

เอกสารแนบที่ 4

**ระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนาการเด็กและตัวแทนภาคีเครือข่าย**

**ครั้งที่ 2 / 2562**

**วันที่ 31 มกราคม 2562**

**ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธรณสุขอำเภอพร้าว เวลา 13.30 – 16.30 น.**

-----------------------------------

**ระเบียบวาระที่ 1** เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

 1.1 มหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิตและนมแม่บูรณาการ

 1.2 ..........................................................................................................

**ระเบียบวาระที่ 2** เรื่องรับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2562

.......................................................................................................................................................................

**ระเบียบวาระที่ 3** เรื่องสืบเนื่อง

3.1 โครงการพัฒนาระบบการติดตามการประเมินพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในปี 2562

3.2 .................................................................................................................................

**ระเบียบวาระที่ 4** เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

 4.1 การจัดทำแผนงาน/โครงการ

 4.2 ...........................................................................................................................................

**ระเบียบวาระที่ 5** เรื่องอื่น ๆ

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

นัดประชุมครั้งต่อไป .......................................................................................................................................

เอกสารแนบที่ 5

**สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาการเด็กและตัวแทนภาคีเครือข่าย**

**ครั้งที่ 2/ 2562**

 **วันที่ 31 มกราคม 2562**

**ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพร้าว เวลา 13.30-16.30 น.**

**รายชื่อผู้มาประชุม**

 1. นางจิตร์ตรี นันติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

 2. นางสุชัญญา มณีรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

 3. นางสุภาพร สวะกิจ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

 4. นางพนารัตน์ ตุ้ยยวง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

 5. นางศรีเพ็ญ อุ่นเรือน ประธานแม่บ้าน ต.ป่าไหน่

 6. นางกนกวรรณ ต๊ะเรือน ประธาน อสม. ม.5 ต.ป่าตุ้ม

 7.น.ส วิลาวัลย์ ก๋าใจ ผู้ช่วยกำนัน ม.2 ต. เวียง

 8. นางจิราภรณ์ จันทร์ชื่น อสม. ตำบลโหล่งขอด

 9. นางอรวรรณ จันทนา ประธาน อสม. ม.4 ต. เวียง

 10.น.สอัจฉราภรณ์ คำฟอง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

 11.นางแสงคำ แสนชั่ง ครูพี่เลี้ยง รร.อนุบาลเทียนเล่มน้อย

 12. นางศรีสุรางค์ ใจคำ รักษาการหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ต.แม่แวน และ

 ประธานกรรมการสมาคมครู ผู้ดูแลเด็กศรีนครพิงค์

 จ.เชียงใหม่ เครือข่าย อ. พร้าว

**ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ**

 1.1 จากการดำเนินการใน ปี 2561 ตำบลนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตและนมแม่แบบบูรณาการ ดำเนินการที่ ต. เวียง –ทุ่งหลวง มีกิจกรรมเรื่องการตรวจคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สำหรับในปี 2562 ปรับเปลี่ยนเป็น ต. เขื่อนผาก

**ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม**

มติที่ประชุมเห็นชอบและรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 1/2562

**ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง**

 3.1 โครงการพัฒนาระบบการติดตามการประเมินพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในปี 2562

คุณพนารัตน์ ตุ้ยยวง จาการวิเคราะห์ผลดำเนินงานติดตามการประเมินพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ พบว่าขาดการทำงานที่ต่อเนื่อง และเครือข่ายในการทำงานยังแคบส่วนมากยังเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข ทำให้การเข้าถึงเป้าหมายไม่ครอบคลุม

คุณศรีสุรางค์ ใจคำ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้ร่วมเป็นเครือข่ายด้วย แต่อยากให้มีองค์กรหรือชมรมต่างๆ ในชุมชน เข้ามาร่วมเป็นเครือข่าย เพราะเด็กอยู่ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่

คุณวิลาวัลย์ ก๋าใจ ทางชมรมกำนำผู้ใหญ่บ้านยินดีเข้าร่วมเป็นเครือข่าย หากต้องการให้เกิดความต่อเนื่องของการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก เสนอให้จัดกิจกรรมเสวานาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่าย เพื่อที่จะได้พูดคุยกันถึงผลการดำเนินงานในแต่ละระยะ และอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นจะได้ร่วมกันแก้ไขให้ทันท่วงที

มติที่ประชุม โครงการพัฒนาระบบการติดตามการประเมินพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในปี 2562 นอกจาการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กและกระตุ้นพัฒนาการแล้ว ให้มีการจัดเวทีเสวานาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่าย

**ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา**

4.1 การจัดทำแผนงาน/โครงการ

คุณสุภาพร สวะกิจ ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสนอให้แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มคณะกรรมการและกลุ่มเครือข่าย เนื่องจากบทบาทหน้าที่จะแตกต่างกัน

มติที่ประชุม เห็นชอบให้จัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้แยกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 1 วัน

คุณอรวรรณ จันทนา กลุ่มเครือข่ายควรประกอบด้วยใครบ้าง

มติที่ประชุม ประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลเด็ก และกลุ่มอื่นๆ โดยให้แต่ละตำบลคัดเลือก ตำบลละ 5 คน เพื่อรวมเป็นกลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก

**ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ**

 ร่วมกันเขียนแผนงานและโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติงบประมาณ

เลิกประชุม เวลา 16.30 น. นัดประชุมครั้งต่อไป 7 กุมภาพันธ์ 2562

 **ผู้บันทึกรายงานการประชุม**

นางพนารัตน์ ตุ้ยยวง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**ผู้ตรวจรายงานการประชุม**

นางจีรนนท์ ร่มเงิน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เอกสารแนบ 6

**รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่.....**

**วันที่ .............................................................**

**ณ ห้องประชุมเอื้องพร้าว โรงพยาบาลพร้าว อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อ-สกุล** | **ตำแหน่ง** | **หน่วยงาน** | **ลายมือชื่อ** |
|  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมประชุม จริง

 .................................................... ....................................................

 ( นางสาวนิภาพร เขื่อนคำ ) ( นางรพีพร ตันบุญ )

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

เอกสารแนบที่ 7

**ใบสำคัญรับเงินค่าอาหารกลางวัน,อาหารว่างและเครื่องดื่ม**

ที่..................................................................

วันที่......... เดือน....................... พ.ศ...........

ข้าพเจ้า..................................................................................................... บ้านเลขที่...................... หมู่...............

ตำบล..................................................... อำเภอ......................................... จังหวัด...........................................

ได้รับเงินจาก........................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** |
| **บาท** | **สต.** |
| ชื่อโครงการ..............................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………….กิจกรรม...................................................................................................................ในวันที่....................................................................................................................- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน....... มื้อ มื้อละ....... บาท จำนวน.............. คน- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน...... มื้อ มื้อละ..... บาท จำนวน......... คนในวันที่....................................................................................................................- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน....... มื้อ มื้อละ....... บาท จำนวน.............. คน- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน...... มื้อ มื้อละ..... บาท จำนวน......... คน |  ................. .................  ................. ................. | .............. .............. |
| รวมเป็นเงิน |  |  |

จำนวนเงิน.................................................................................................................................................... บาท

 (จำนวนเงินตัวอักษร)

(ลงชื่อ)...................................................... ผู้รับเงิน

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

(ลงชื่อ)...................................................... ผู้จ่ายเงิน

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

|  |
| --- |
| เอกสารแนบที่ 8**ใบสำคัญรับเงิน** |
| สำหรับวิทยากร |
| ส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม..................................................................................................................................................................... |
| โครงการ/หลักสูตร................................................................................................................................................................................ |
| วันที่......................เดือน.............................พ.ศ.................................. |
| ข้าพเจ้า.....................................................................................................................................อยู่บ้านเลขที่........................................ |
| ถนน............................................ตำบล.........................................อำเภอ..........................................จังหวัด........................................ |
| รับเงินจาก...........................................................................................................................ดังรายการต่อไปนี้ |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** |
| ค่าสมนาคุณวิทยากร |   |
| วันที่..............................................................ในช่วงเวลา...................................... |   |
| รวมชั่วโมง....................................................ชั่วโมงละ.....................................บาท |   |
| หัวข้อเรื่อง................................................................................................................................................... |   |
|   |   |
| วันที่..............................................................ในช่วงเวลา...................................... |   |
| รวมชั่วโมง....................................................ชั่วโมงละ.....................................บาท |   |
| หัวข้อเรื่อง................................................................................................................................................... |   |
|   |   |
| บาท |   |
| จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (.......................................................................................................................) |
|  |  |
|  (ลงชื่อ).............................................................ผู้รับเงิน |
|  (..............................................................) |
|  (ลงชื่อ).............................................................ผู้จ่ายเงิน |
|  (..............................................................) |

เอกสารแนบที่ 9



 บันทึกข้อความ

**ส่วนราชการ** กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพร้าว อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

**ที่** ชม 0032.305/ วันที่

**เรื่อง** ขอเปลี่ยนแปลงงบประมาณโครงการ อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรครู ข

**เรียน**  ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว

 **ต้นเรื่อง**

ตามที่ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพร้าว ได้รับการพิจารณาอนุมัติโครงการ อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรครู ข ด้านการป้องกันเด็กจมน้ำในพื้นที่อำเภอพร้าวประจำปีงบประมาณ 2563 โดยใช้งบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลพร้าว จำนวนเงิน 9,700.00 บาท (เก้าพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) โดยงบประมาณถัวเฉลี่ยกันได้ในทุกกิจกรรม

**ข้อเท็จจริง/พิจารณา**

ในการนี้ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพร้าว ขอปรับเปลี่ยนงบประมาณโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรครู ข ด้านการป้องกันเด็กจมน้ำในพื้นที่อำเภอพร้าวประจำปีงบประมาณ 2563 เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้เข้าร่วมอบรมดังนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **งบประมาณเดิม** | **ขอเปลี่ยนแปลงงบประมาณใหม่** |
| 1.ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 30 คน x 60 บาท x 1 มื้อ เป็นเงิน 1,800.00 บาท2.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 30 คน x 625 บาท x 2 มื้อ เป็นเงิน 1,500.00 บาท3.ค่าวัสดุสำนักงาน เป็นเงิน 300.00 บาท4.ค่าวัสดุอุปกรณ์ประกอบการฝึกปฏิบัติเป็นเงิน 1,500.00บาท5.ค่าเช่าสระว่ายน้ำจำนวน 3 ชั่วโมง เป็นเงิน 1,000.00บาท 6.ค่าวิทยากรจำนวน 1 ท่าน X 6 ชั่วโมง X 600 บาท  เป็นเงิน 3,600.00 บาท**รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 9,700.00 บาท** | 1.ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 34 คน x 60 บาท x 1 มื้อ เป็นเงิน 2,040.00 บาท2.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 34 คน x 625 บาท x 2 มื้อ เป็นเงิน 1,700.00 บาท3.ค่าวัสดุสำนักงาน เป็นเงิน 650.00 บาท4.ค่าวัสดุอุปกรณ์ประกอบการฝึกปฏิบัติเป็นเงิน 710.00 บาท5.ค่าเช่าสระว่ายน้ำจำนวน 3 ชั่วโมง เป็นเงิน 1,000.00 บาท 6.ค่าวิทยากรจำนวน 1 ท่าน X 6 ชั่วโมง X 600 บาท  เป็นเงิน 3,600.00 บาท**รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 9,700.00 บาท** |

จึงเรียนมาเพื่อทราบและอนุมัติ

 (นางสาวสายใจ สาธร) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

  **อนุมัติ**

 (นายสมิต ศมพันธุ์พงศ์)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว

เอกสารแนบที่ 10

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

ที่ ชม ๐๐๓๒.๓๐๖ / 2 วันที่ 9 มกราคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินบำรุงโรงพยาบาลพร้าว

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว

 **ต้นเรื่อง**

ตามที่ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลพร้าว ได้รับการพิจารณาอนุมัติโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพร้าว ประจำปีงบประมาณ ๒๕63 โดยใช้งบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลพร้าว จำนวน 76,500 บาท (เจ็ดหมื่นหกพันห้าร้อยบาทถ้วน ) เบิกจ่ายไปแล้ว เหลืองบประมาณ 56,500 บาท (ห้าหมื่นหกพันห้าร้อยบาทถ้วน ) นั้น

 **ข้อเท็จจริง/พิจารณา**

ขณะนี้ ได้ดำเนินกิจกรรม ตามโครงการ จึงขอสรุปค่าใช้จ่ายเงินตามกิจกรรมโครงการ จำนวน 14,000 บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันบาทถ้วน ) ดังรายการต่อไปนี้

1. ค่าอาหารกลางวัน 40 คน x 60 บาท x 1 มื้อ เป็นเงิน 2,400 บาท

2. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 40 คน x 25 บาท x 2 มื้อ เป็นเงิน 2,000 บาท

3. ค่าสมนาคุณวิทยากร(อภิปราย) 2 คน x 8 ชม. x 600 บาท เป็นเงิน 9,600 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 14,000 บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันบาทถ้วน )

คงเหลืองบประมาณที่สามารถเบิกจ่ายได้ จำนวน ๔2,500 บาท (หกหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

**ข้อเสนอ**

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

 (นางสาวนิภาพร เขื่อนคำ)

 ผู้รับผิดชอบโครงการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว

 เห็นควรอนุมัติ

 (นางดุษณี อิสระไพโรจน์)

โภชนากรชำนาญงาน รักษาการในตำแหน่ง

 หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

  **อนุมัติ**

(นายนพดล บุญเฉลย)

 นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้าว

เอกสารแนบที่ 11

แบบประเมินโครงการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 256๕

1. ชื่อโครงการ :

2. งบประมาณ.............................บาท

3. แหล่งงบประมาณ...............................................................ผลผลิต...............................................................

4. ผู้รับผิดชอบ : .

5. การตอบสนองยุทธศาสตร์/ปัญหาของพื้นที่(สามารถระบุได้หลายข้อ)

( ) ยุทธศาสตร์สาธารณสุขชาติ(ระบุด้าน)..................................................................................

( ) ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

(...) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Exellence)

(...) บริการเป็นเลิศ(Service Exellence)

(...) บุคลากรเป็นเลิศ(People Exellence)

(...) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมภิบาล(Governance Exellence)

( ) ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ …………………………………………………………………………………………………………………

กลยุทธ์ที่ …………………………………………………………………………………………………………………………………..

( ) ปัญหาของพื้นที่(ระบุ)..........................................................................................................................

6. ระยะเวลาในการดำเนินงาน :

7. พื้นที่ดำเนินงาน(ระบุอำเภอ,ตำบล,หมู่บ้าน)

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

8. การใช้จ่ายงบประมาณจำนวน...................................บาท คงเหลือ(ถ้ามี)............................................บาท

9.การบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ

9.1……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

( ) บรรลุ ( ) ไม่บรรลุ เพราะ..........................................................................................

9.2 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

( ) บรรลุ ( ) ไม่บรรลุ เพราะ..........................................................................................

9.3…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

( ) บรรลุ ( ) ไม่บรรลุ เพราะ...........................................................................................

9.4 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

( ) บรรลุ ( ) ไม่บรรลุ เพราะ...........................................................................................

10. การบรรลุผลผลิตโครงการ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ผลผลิตของโครงการ | หน่วยนับ | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน |
| 1…………………………………………………………… |  |  |  |
| 2………………………………………………………….. |  |  |  |
| 3…………………………………………………………… |  |  |  |
| 4……………………………………………………………. |  |  |  |
| 5…………………………………………………………. |  |  |  |

11. ประโยชน์หรือผลลัพท์ที่ได้รับจากการดำเนินโครงการ(หลังการจัดโครงการ)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

12. จุดแข็ง/จุดเด่นของโครงการ

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

13. จุดอ่อน/โอกาส/แนวทางในการพัฒนาโครงการ

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

14. ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ/ผู้รับบริการหือผู้ได้รับผลประโยชน์จากโครงการ

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

15. การต่อยอดโครงการ

( ) สิ้นสุดโครงการ

( ) จะดำเนินการต่อเนื่องโดยคงกลวิธีเดิม

( ) จะปรับเปลี่ยนกลวิธีดำเนินงานโดยมีวัตถุประสงค์เดิม

( ) จะต่อยอดโครงการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....................................................................................

(ลงชื่อ)……………………………..………........ (ลงชื่อ)…………………….…….…….......…............

( ) ( )

ผู้รับผิดชอบโครงการ หน.กลุ่มงาน/ผอ.รพ./สสอ.

 ............../.............../................ .............../.............../................