**เอกสารประกอบการเบิก ข้อ 1.1.12** เมื่อดำเนินการจัดอบรม/ประชุม เสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้รวบรวมหลักฐานการจ่ายเงินจริงทั้งหมดและจัดทำบันทึกขออนุมัติจ่ายเงิน กรณีผู้อนุมัติ คือ ผู้รักษาราชการแทนหรือรักษาราชการในตำแหน่ง ต้องประทับตราผู้รักษาราชการแทนหรือผู้รักษาการในตำแหน่ง

**ตัวอย่าง บันทึกขออนุมัติจ่ายเงิน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ครุฑ.jpg** | **บันทึกข้อความ** |  |
| **ส่วนราชการ** |  |
| **ที่** | ชย ๐๐๓๒.๐๐๑/ | ลงวันที่ |  |
| **เรื่อง** | ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินโครงการ |
| เรียน | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (เงินบำรุง)/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ (เงินงบประมาณ) |

**ความเป็นมา**

อ้างถึง ........................................(โครงการ)....................................... ได้ดำเนินการจัดอบรม เมื่อวันที่............................................ สถานที่............................................... จำนวน.............คน เรียบร้อยแล้ว ผลลัพธ์ที่ได้...............................................

**ข้อเท็จจริง**

กลุ่มงาน....................... ได้รวบรวมหลักฐานการจ่ายเงินตามที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว ขออนุมัติจ่ายเงิน ตามค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ ดังนี้

1. (ค่าใช้จ่าย)............................................................. เป็นเงิน.....................บาท
2. (ค่าใช้จ่าย)............................................................. เป็นเงิน.....................บาท
3. (ค่าใช้จ่าย)............................................................. เป็นเงิน.....................บาท
4. (ค่าใช้จ่าย)............................................................. เป็นเงิน.....................บาท

รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น.......................บาท (ตัวอักษร...............................................)

โดยขอเบิกค่าใช้จ่ายจากเงิน....................................................... และมอบงานการเงิน ดำเนินการเบิกจ่ายต่อไป

**ข้อพิจารณา/ข้อเสนอ**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

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

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

 หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย

**อนุมัติ**

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

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

 ผอ.รพ./นพ.สสจ.ชย.