**บันทึกข้อความ**



**ส่วนราชการ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

**ที่** พง 0032.  **วันที่**

**เรื่อง** รายงานแจ้งความชำรุดบกพร่องของพัสดุ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา (ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป)

 เนื่องด้วยพัสดุ..................................................................................................................................

หมายเลขทะเบียนครุภัณฑ์...........................................................ยี่ห้อ.......................แบบ/รุ่น..................................ใช้ประจำที่..............................................................ชำรุด/ขัดข้อง เนื่องจาก...............................................................

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

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

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ลงชื่อ...........................................ผู้รายงาน (ผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน/งาน)

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

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

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา

 งานพัสดุ  งานช่าง  งาน IT

 ได้ตรวจสอบพัสดุแล้วปรากฏว่า......................................................................................................

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

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

 เบิกพัสดุจากคลังพัสดุ

 จัดซื้อพัสดุ วงเงินงบประมาณ........................................บาท

  จัดจ้างซ่อมแซม วงเงินงบประมาณ........................................บาท

ลงชื่อ..........................................ผู้ตรวจสอบ

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

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

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ลงชื่อ.......................................................หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

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

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

-2-

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา

 งานการเงินได้ตรวจสอบแล้ว โดยให้เบิกจ่ายเงินจาก

 เงินงบประมาณ เงินบำรุง อื่น ๆ …………………………………………………..….

รหัสงบประมาณ.........................................................รหัสแหล่งเงิน...........................................................................

รหัสกิจกรรมหลัก.......................................................ผลผลิตที่................................หมวด.........................................

รหัสกิจกรรมย่อย........................................................

วงเงินงบประมาณที่มี..................................................

วงเงินงบประมาณที่ใช้.................................................

วงเงินงบประมาณคงเหลือ..........................................

 ลงชื่อ......................................ผู้ตรวจสอบ (การเงิน)

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

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

**ข้อสั่งการ**

 อนุมัติให้เบิกวัสดุจากคลังวัสดุ

 อนุมัติให้จัดซื้อพัสดุ

 อนุมัติให้จัดจ้าง / ซ่อมแซม

 ลงชื่อ.................................................ผู้อนุมัติ

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

 ตำแหน่ง.............................................. ตำแหน่ง.................................................. (.......................................)