

หน่วยงาน.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

แบบฟอร์มตรวจสอบการส่งหลักฐานในการเบิก-จ่าย ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ลำดับ	กระบวนการ ปฏิบัติงาน	เอกสาร	(1) ส่วนของ หน่วยงานมี	(2) การเงิน ถูกต้อง/ ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
		1 ใบเบิกเงินเพื่อจ่ายในราชการ (แบบ 350) จำนวน 2 ฉบับ			
		2 ใบหน้าใบสำคัญ (แบบ บก 107) จำนวน 2 ฉบับ			
		3 บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน จำนวน 2 ฉบับ			
1	หลักฐานการ เบิกจ่าย ค่าตอบแทนการ ปฏิบัติงานนอก เวลา	1 บันทึกขออนุมัติปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ			
		2 คำสั่งให้ข้าราชการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ			
		3 แผนการปฏิบัติงาน (ตารางแผนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ)			
		4 หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ			
		5 ใบลงเวลาการปฏิบัติงานพร้อมลายเซ็นผู้ควบคุม			

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เจ้าหน้าที่การเงิน รพพ./รพช./สสอ.

ผอ.รพพ./ผอ.รพช./สาธารณสุขอำเภอ

เจ้าหน้าที่การเงิน สสจ.อุดรธานี

- หมายเหตุ 1. เจ้าของเรื่อง ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร หากมี ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ส่วนของกลุ่มงาน (1)
2. งานการเงิน ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร หากถูกต้องให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ส่วนของการเงิน (2) หากมีการแก้ไขจะลงในช่องหมายเหตุ

** สำหรับ รพพ./รพช./สสอ.**