

กลุ่มงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

แบบฟอร์มตรวจสอบการส่งหลักฐานในการเบิก-จ่าย ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ลำดับ	กระบวนการปฏิบัติงาน	เอกสาร	(1) ส่วนของ กลุ่มงานมี	(2) การเงิน ถูกต้อง/ ไม่ถูกต้อง	จำนวน เอกสาร (ฉบับ)	หมายเหตุ
1	ค่าตอบแทน การปฏิบัติงานนอก	1 ใบตัดงบประมาณ(เงิน Non Uc/เงินนอกงบประมาณ)				
		2 แผนการใช้จ่ายเงินประจำปี				
		3 แบบ บก.107 (2 ฉบับ)				
		4 บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน (1ฉบับ)				
		5 บันทึกขออนุมัติปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ				
		6 คำสั่งให้ข้าราชการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ				
		7 แผนการปฏิบัติงาน (ตารางแผนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ)				
		8 หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ				
		9 ใบลงเวลาการปฏิบัติงานพร้อมลายเซ็นผู้ควบคุม				
		10 รายงานผลการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ				
		11 กรณีถ่ายเอกสาร ให้รับรองสำเนาถูกต้องด้วย				

1

(ลงชื่อ).....เจ้าของเรื่อง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ/งานการเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. เจ้าของเรื่อง ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร หากมีให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ส่วนของกลุ่มงาน (1)

2. งานการเงิน ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร หากถูกต้องให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ส่วนของการเงิน (2) หากมีการแก้ไขจะลงในช่องหมายเหตุ