



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร โทรฯ ๐-๕๖๖๑-๑๗๖๙

ที่ พจ ๐๑๓๒/-

วันที่ ๑๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการตามโครงการ

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตร

ด้วยงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (งานยาเสพติด) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตร จะดำเนินการจัดประชุมประชาคมเพื่อ Re X-ray ค้นหาผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่ ตามโครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment : CBTx) อำเภอเมืองพิจิตร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ โดยจะจัดในวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมก้านันทาลำพ้อ นั้น

ในการนี้ จึงขอรายงานแจ้งผู้บริหารทราบและเห็นควรนำบันทึกขออนุมัติการดำเนินงานตามโครงการนี้เผยแพร่ในเวปไซต์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตรต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จักได้ดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ

(นางสาวกัลยา เทียมสร)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งการ

- ทราบ/อนุญาต

(นายกฤษณ อินทะสร)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการแทน

สาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตร



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร โทรศัพท์ ๐-๕๖๖๑-๑๗๖๙

ที่ พจ ๐๑๓๒/๒๗๐

วันที่ ๑๗ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการตามโครงการ

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตร

ด้วยงาน งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (งานยาเสพติด) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตร มีความประสงค์ที่จะขอดำเนินโครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment : CBTx) อำเภอเมืองพิจิตร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ กิจกรรมประชุมทีมบูรณาการ

ระหว่างวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๗ ถึง ๓๐ เมษายน ๒๕๖๘ สถานที่ ห้องประชุมอำเภอเมืองพิจิตร

กิจกรรมที่ ๒ กิจกรรมประชุมประชาคมเพื่อ Re X-ray ค้นหาผู้เสพยาและผู้ค้ายาเสพติดในพื้นที่

ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๘ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘ สถานที่ ห้องประชุมกำนันตำบลท่าพ้อ

รหัสโครงการ ๐๑-๑-๐๒-๐๑-๖๖๔ แหล่งงบประมาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
จำนวนเงิน ๑๘,๗๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณในหมวด
รายจ่าย ดังนี้ (เฉพาะวงเงินที่จะใช้ในกิจกรรม)

๑. ค่าใช้สอย(ระบุ) ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม	จำนวน ๑๘,๗๕๐ บาท
ค่าวัสดุ(ระบุ)	จำนวน บาท
อื่นๆ(ระบุ)	จำนวน บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๘,๗๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ดังรายละเอียดตาม
โครงการที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) ผู้รับผิดชอบโครงการ

(นายพิเชฐ เชื้อวีระชน)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นของงานแผนฯ

-ตรวจสอบแล้ว ตรงตามแผน

เห็นสมควรดำเนินการ

(Signature)

(นายพิเชฐ เชื้อวีระชน)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นของงานการเงินและบัญชี

-เห็นสมควรอนุมัติให้ใช้เงินจาก

(...) เงินงบประมาณ (.....) นอกงบประมาณ.....

(Signature)

(นายพิเชฐ เชื้อวีระชน)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นของงานบริหาร

-เห็นสมควรดำเนินการได้

ตามเสนอ

(นายฤชชน อินทะสร)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งการ

(Signature)

สำเนาถูกต้อง

(Signature)
(นายฤชชน อินทะสร)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการแทน

สาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตร

(นางสาวกัลยา เทียมศรี)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ