**ใบสำคัญรับเงิน**

**สำหรับวิทยากร**

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม **องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร**

โครงการ/หลักสูตร **โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชน ในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร**

**องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**

วันที่ ....... เดือน................. พ.ศ. ........................

ข้าพเจ้า.....................................................................อยู่บ้านเลขที่...................หมู่ที่................ตำบล/แขวง.......................................อำเภอ/กิ่งอำเภอ..............................................จังหวัด.....................................

ได้รับเงินจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
| - ได้รับเงินค่าสมนาคุณวิทยากร ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2565 ณ โรงเรียนนาโสกวิทยาคาร ตำบลนาโสก อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร  วิทยากรบรรยาย เรื่อง -การส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นแนวใหม่ในยุคดิจิทัล  -การสร้างความรอบรู้เพื่อวัยรุ่นสุขภาพดี ปลอดภัย ในยุคดิจิทัล  จำนวน 4 ชั่วโมงๆ ละ 600 บาท เป็นเงิน  หมายเหตุ เวลา 10.30 – 15.30 น. | 2,400 | - |
| จำนวนเงิน (-สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน-) | **2,400** | - |

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

( )

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

( )

**ใบสำคัญรับเงิน**

**สำหรับวิทยากร**

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม **องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร**

โครงการ/หลักสูตร **โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชน ในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร**

**องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**

วันที่ 22 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า.....................................................................อยู่บ้านเลขที่...................หมู่ที่................ตำบล/แขวง.......................................อำเภอ/กิ่งอำเภอ..............................................จังหวัด.....................................

ได้รับเงินจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
| - ได้รับเงินค่าสมนาคุณวิทยากร ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2565 ณ โรงเรียนนาโสกวิทยาคาร ตำบลนาโสก อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร  วิทยากรบรรยาย เรื่อง -การดูแลสุขภาพวัยรุ่นยุคใหม่ตามหลัก NEST+ (โภชนาการ/  ออกกำลังกาย/นอน/สุขภาพจิต/อนามัยการเจริญพันธ์/ฟัน/  บุหรี่,สุรา/โควิด 19)  -กิจกรรมกลุ่ม Work Shop เพื่อระดมความคิดในการกำหนด  แนวทาง การสร้างเสริมสุขภาพ และความรู้ด้านโภชนาการ  การดูแลสุขภาพเบื้องต้น  จำนวน 2 ชั่วโมงๆ ละ 600 บาท เป็นเงิน  หมายเหตุ เวลา 15.30 – 17.30 น. | 1,200 | - |
| จำนวนเงิน (-หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน-) | **1,200** | - |

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

( )

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

( )

**ใบสำคัญรับเงิน**

**สำหรับวิทยากร**

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม **องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร**

โครงการ/หลักสูตร **โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชน ในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร**

**องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**

วันที่ 22 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า.....................................................................อยู่บ้านเลขที่...................หมู่ที่................ตำบล/แขวง.......................................อำเภอ/กิ่งอำเภอ..............................................จังหวัด.....................................

ได้รับเงินจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
| - ได้รับเงินค่าสมนาคุณวิทยากร ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2565 ณ โรงเรียนนาโสกวิทยาคาร ตำบลนาโสก อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร  วิทยากรบรรยาย เรื่อง -การดูแลสุขภาพวัยรุ่นยุคใหม่ตามหลัก NEST+ (โภชนาการ/  ออกกำลังกาย/นอน/สุขภาพจิต/อนามัยการเจริญพันธ์/ฟัน/  บุหรี่,สุรา/โควิด 19)  -กิจกรรมกลุ่ม Work Shop เพื่อระดมความคิดในการกำหนด  แนวทาง การสร้างเสริมสุขภาพ และความรู้ด้านโภชนาการ  การดูแลสุขภาพเบื้องต้น  จำนวน 2 ชั่วโมงๆ ละ 600 บาท เป็นเงิน  หมายเหตุ เวลา 15.30 – 17.30 น. | 1,200 | - |
| จำนวนเงิน (-หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน-) | **1,200** | - |

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

( )

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

( )

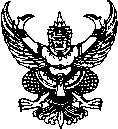
**รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม** **โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชน**

**ในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร**

**วันที่ 22 กรกฎาคม 2565 ณ โรงเรียนนาโสกวิทยาคาร**

**เวลา 08.30 -16.30 น.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ชื่อ-สกุล** | **ที่อยู่** | **ลายมือชื่อ**  **เช้า / บ่าย** | | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร โทร.๐-๔๒๖๑-๓๗๖๕

**ที่** มห ๕๑๐๐๖/ **วันที่** มกราคม 2565

**เรื่อง** ขออนุมัติจัดอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม เพื่อเลี้ยงรับรองการประชุมชี้แจงการดำเนินงานของ

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

**เรื่องเดิม**

ตามที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหารได้ยื่นความประสงค์ขอรับการถ่ายโอนภารกิจ

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อคณะอนุกรรมการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อวันที่ 26 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

**ข้อเท็จจริง**

จากกรณีขอรับการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าว กองสาธารณสุข มีความจำเป็นต้องจัดประชุม

เพื่อชี้แจงการดำเนินงานให้กับคณะกรรมการ (กสพ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหารรับทราบ และพิจารณาความเห็นชอบให้มีการแต่งตั้งอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ฯ รวมถึงการพิจารณาการแจ้งขอข้อมูลบุคลากรถ่ายโอน และเงินได้ต่างๆ จาก สสจ. โดยอำนาจ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในวันพุธที่ 11 มกราคม 2565 เวลา 13.30 น. ณ ห้องประชุมดอกช้างน้าว ชั้น 2 ศาลากลางจังหวัดมุกดาหาร

**ข้อระเบียบ/หนังสือสั่งการ**

หนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท 0808.4/ว 2381 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2548 เรื่อง การตั้งงบประมาณและการเบิกจ่ายเงินค่ารับรองหรือค่าเบี้ยเลี้ยงรับรองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**ข้อเสนอแนะ/พิจารณา**

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงเห็นควรพิจารณา ดังนี้

1. เห็นควรอนุมัติให้มีการจัดอาหารว่างและเครื่องดื่มจำนวน 35 ชุด สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 35 คน

2. เห็นควรมอบหมายพันจ่าเอกวิโรจน์ ย่องเหล่ายูง เป็นผู้รับรองการจ่าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

**แบบตอบรับวิทยากร**

โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชน

ในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร

ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2565 ณ โรงเรียนนาโสกวิทยาคาร

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

วันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

เรื่อง ตอบรับเป็นวิทยากร

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ตามที่กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ได้เชิญเป็นวิทยากร โครงการ

ส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชน ในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหารในวันที่ 22 กรกฎาคม 2565 ณ โรงเรียนนาโสกวิทยาคาร ตำบลนาโสก อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ตามหนังสือเชิญ ที่ มห 51006/2489 ลงวันที่ 11 กรกฎาคม 2565 รายละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ข้าพเจ้า O ยินดีรับเป็นวิทยากร

O ไม่สามารถรับเป็นวิทยากร เนื่องจาก................................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

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

( )

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

รายละเอียดแนบท้ายส่งใช้เงินยืม โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชน

ในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ที่ | รายละเอียด | งบประมาณ |
| 1 | ใบสำคัญรับเงินค่าอาหารกลางวัน สำหรับผู้เข้าฝึกอบรม ครูผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 240 คน ๆ ละ 1 มื้อ ๆ ละ 50 บาท | 12,000 |
| 2 | ใบสำคัญรับเงินค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 240 คน ๆ ละ 2 มื้อ มื้อละ 25 บาท | 12,000 |
| **3** | **ค่าสมนาคุณวิทยากร**  3.1 ใบสำคัญรับเงินวิทยากรบรรยาย เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นแนว  ใหม่ในยุคดิจิทัลฯลฯ 1 คน 4 ชั่วโมง ๆ ละ 600 บาท  3.2 ใบสำคัญรับเงินวิทยากรบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม 2 กลุ่ม ๆ ละ 1 คน  คนละ 2 ชั่วโมง ๆ ละ 600 บาท  3.3 ค่าพาหะเดินทางวิทยากร  3.4 ค่าที่พักวิทยากร | **7,300**  2,400  2,400  1,500  1,000 |
|  | **รวมเป็นเงิน (-สามหมื่นหนึ่งพันสามร้อยบาทถ้วน-)** | **31,300** |
| 4 | **คืนเป็นเงินสด** | **8,500** |
|  | **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (-สามหมื่นเก้าพันแปดร้อยบาทถ้วน-)** | **39,800** |

**ใบสำคัญรับเงิน**

เขียนที่ โรงเรียนนาโสกวิทยาคาร

ต.นาโสก อ.เมืองมุกดาหาร จ.มุกดาหาร

วันที่ 22 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า.....................................................................อยู่บ้านเลขที่...................หมู่ที่................ตำบล.......................................อำเภอ..............................................จังหวัด.....................................

ได้รับเงินจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
| - ได้รับเงินค่าประกอบอาหาร ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2565 ณ โรงเรียนนาโสกวิทยาคาร ตำบลนาโสก อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร โดยมีรายละเอียด ดังนี้  - ค่าอาหาร วันทื่ 22 กรกฎาคม 2565 จำนวน 240 คนๆ ละ 1 มื้อ (กลางวัน)  มื้อละ 50 บาท เป็นเงิน | 12,000 | - |
| จำนวนเงิน (-หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน-) | **12,000** | - |

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

( )

ได้จ่ายเงินตามใบสำคัญนี้ให้แก่ผู้รับไปแล้วตามวันที่ปรากฏข้างบนนี้

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

(นายกัมปนาท โคตรพันธ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

**ใบสำคัญรับเงิน**

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ถนนวิวิธสุรการ อ.เมืองมุกดาหาร จ.มุกดาหาร

วันที่ 12 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567

ข้าพเจ้า.....................................................................อยู่บ้านเลขที่...................หมู่ที่................ตำบล.......................................อำเภอ..............................................จังหวัด.....................................

ได้รับเงินจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
| - ได้รับเงินค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก เยาวชน และประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2565 ณ โรงเรียนนาโสกวิทยาคาร ตำบลนาโสก อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร โดยมีรายละเอียด ดังนี้  - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม วันทื่ 22 กรกฎาคม 2565 จำนวน 240 คนๆ ละ 2 มื้อ (มื้อเช้า มื้อบ่าย) มื้อละ 25 บาท เป็นเงิน | 12,000 | - |
| จำนวนเงิน (-หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน-) | **12,000** | - |

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

( )

ได้จ่ายเงินตามใบสำคัญนี้ให้แก่ผู้รับไปแล้วตามวันที่ปรากฏข้างบนนี้

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

(นายกัมปนาท โคตรพันธ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เลขที่.............../.................

ใบรับใบสำคัญส่งใช้เงินยืม

ฝ่ายบริหารงานคลัง กองคลัง

องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

วันที่..............เดือน...........................พ.ศ. .....................

ได้รับใบสำคัญส่งใช้เงินยืมจากเงิน (1).....................................................................................................

เพื่อใช้จ่ายในการ (2).............................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ตามสัญญาการยืมเงินเลขที่........................................จาก (3).............................................................................. รวมใบสำคัญคู่จ่าย........................ฉบับ จำนวนเงินตามใบสำคัญคู่จ่าย..........................บาท...................สตางค์

เงินเหลือจ่ายจำนวน..............................................บาท....................................สตางค์

ลงนาม (4)...........................................เจ้าหน้าที่ผู้รับใบสำคัญคู่จ่าย

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

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

คำอธิบาย

1. เงินงบประมาณ หรือเงินนอกงบประมาณ
2. ระบุวัตถุประสงค์ที่นำเงินไปใช้
3. ผู้ยืมตามสัญญาการยืมเงิน
4. เจ้าหน้าที่หน่วยงานคลังที่รับผิดชอบ