



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อ.ศรีเมืองใหม่ จ.อุบลราชธานี ๓๔๒๕๐

ที่ อบ ๐๐๓๓.๐๐๑(.....)/.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติซื้อ/จ้าง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

ด้วย กลุ่มงาน/หน่วยงาน..... โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มีความประสงค์ขอจัดซื้อ/จ้าง วัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง จำนวน.....รายการ รายละเอียดดังต่อไปนี้ (ให้แนบคุณลักษณะเฉพาะ/รูปแบบ/แผนที่ผ่านการอนุมัติ/โครงการที่ผ่านการอนุมัติ)

ลำดับที่	รายการ	เหตุผลความจำเป็น	จำนวน (หน่วย)	จำนวนเงิน ต่อหน่วย (บาท)	รวมจำนวนเงิน (บาท)
รวม					

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงานที่ขอซื้อ/จ้าง
(.....)

(.....) รายการดังกล่าวได้ผ่านแผนการอนุมัติใช้เงิน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

(.....) รายการดังกล่าวไม่ได้ผ่านแผนการอนุมัติใช้เงิน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

(.....) ภายในวงเงินที่ตั้งไว้ตามแผนของหน่วยงาน (.....) เกินวงเงินที่ตั้งไว้ตามแผนของหน่วยงาน จำนวน.....บาท

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(นายสวัสดิ์ ชำนาญเวช)

นักวิชาการพัสดุ

ลงชื่อ.....ทำหน้าที่หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายชัยณรงค์ แสงแดง)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

ผลการพิจารณาของผู้บังคับบัญชา

(.....) อนุมัติ

(.....) ยังไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(.....) นำเสนอคณะกรรมการบริหารเพื่อพิจารณาร่วมกัน

ลงชื่อ.....

(นายวศรัณย์ วัฒนธีรางกูร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อ.ศรีเมืองใหม่ จ.อุบลราชธานี ๓๔๒๕๐

ที่ อบ ๐๐๓๓.๐๐๑(.....)/.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติซื้อ/จ้าง

ด้วย กลุ่มงาน/หน่วยงาน..... โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มีความประสงค์ขอจัดซื้อ/จ้าง วัสดุ ครุภัณฑ์ ทางการแพทย์ จำนวน.....รายการ รายละเอียดดังต่อไปนี้ (ให้แนบคุณลักษณะเฉพาะ/รูปแบบ/แผนที่ผ่านมาการอนุมัติ/โครงการที่ผ่านมาการอนุมัติ)

ลำดับที่	รายการ	เหตุผลความจำเป็น	จำนวน (หน่วย)	จำนวนเงิน ต่อหน่วย (บาท)	รวมจำนวนเงิน (บาท)
รวม					

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงานที่ขอซื้อ/จ้าง
(.....)

(.....) รายการดังกล่าวได้ผ่านแผนการอนุมัติใช้เงิน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

(.....) รายการดังกล่าวไม่ได้ผ่านแผนการอนุมัติใช้เงิน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

(.....) ภายในวงเงินที่ตั้งไว้ตามแผนของหน่วย (.....) เกินวงเงินที่ตั้งไว้ตามแผนของหน่วย จำนวน.....บาท

ลงชื่อ.....ทำหน้าที่เจ้าหน้าที่

(นางเสานีย์ ฝ้ายจิต)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....ทำหน้าที่หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางศรีัญญา พงษ์อ่อน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ผลการพิจารณาของผู้บังคับบัญชา

(.....) อนุมัติ

(.....) ยังไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(.....) นำเสนอคณะกรรมการบริหารเพื่อพิจารณาร่วมกัน

ลงชื่อ.....

(นายวศรัณ วัฒนธีรางกูร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่