



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลปากพนัง ๒๑๒ ถ.ชายน้ำ อ.ปากพนัง จ.นครศรีธรรมราช ๘๐๑๔๐ โทร. ๐๗๕๓๓๓๓๘๐๘  
ที่ นศ. ๐๐๓๓.๓๐๑(๑๒)/..... วันที่ .....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินโครงการ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง

ตามที่ยื่น/ฝ่าย.....โรงพยาบาลปากพนัง  
ได้ดำเนินการโครงการ.....  
ระหว่างวันที่ ..... เป้าหมายผู้เข้าร่วมโครงการ ..... คน  
งบประมาณดำเนินการจากเงิน..... เป็นเงิน ..... บาท นั้น

บัดนี้ โครงการดังกล่าวได้เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขออนุมัติเบิกเงินเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับ  
โครงการดังกล่าว โดยมีการยืมเงินตรงราชการไปแล้วเป็นเงิน ..... บาท ค่าใช้จ่ายจริง  
ตามโครงการ ..... บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. .... เป็นเงิน ..... บาท
๒. .... เป็นเงิน ..... บาท
๓. .... เป็นเงิน ..... บาท
๔. .... เป็นเงิน ..... บาท
๕. .... เป็นเงิน ..... บาท
๖. .... เป็นเงิน ..... บาท
๗. .... เป็นเงิน ..... บาท

จึงขอ เบิก  เพิ่ม  คืน เป็นเงิน ..... บาท  
เบิกเต็มจำนวน เป็นเงิน ..... บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติเบิกเงินต่อไปด้วย

อนุมัติ

(.....)  
ตำแหน่ง.....

(นายสมเกียรติ วรยุทธการ)  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง