**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ........................................................... โทร ๐๓๕-๕14999 ต่อ ................

**ที่** สพ ๐๐3๒.๑๐๑.๖ / **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติ โครงการ.........................................................................................................................................

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

 ด้วย กลุ่มงาน.......................................... โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี ได้ขออนุมัติให้ดำเนินโครงการ.........................................................................รายละเอียด ดังนี้

**1. ชื่อโครงการ** ...........................................................................................................................................................................

**2. หลักการและเหตุผล ......................................................................................................................................................** ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**3. วัตถุประสงค์** ...........................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**4. เป้าหมาย**..................................................................................................................................................................................

**5. กิจกรรม** .................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

**6. ระยะเวลาดำเนินการ** .............................................................................................................................................................

**7. สถานที่** ...................................................................................................................................................................................

**8. งบประมาณ** ...........................................................................................................................................................................

**9. การประเมินผล/ตัวชี้วัด** ........................................................................................................................................................

**ก.การเงิน ตรวจสอบแล้ว
ลงชื่อ..............................
ว.ด.ป. ..........................**

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 **ความเห็นของกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ**เรียน ผู้อำนวยการ โปรดพิจารณาอนุมัติ เนื่องจาก **( ) อยู่ในแผน** เงินบำรุงประเภทค่าใช้จ่ายดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ปี 2565 ลำดับที่ ....................................
( ) **ไม่อยู่ในแผนเป็นโครงการพิเศษ**....................................
( ) **นอกแผน** .......................................................................

( ) **ไม่ใช้งบประมาณ**
**กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ** **ตรวจสอบแล้ว**
ลงชื่อ ............................................ ว.ด.ป. ...............................
**ความเห็นหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
 เห็นควรเสนออนุมัติ** (นายชาติชาย สามัคคีนิชย์)
 หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการ
 และสนับสนุนบริการสุขภาพ

 ลงชื่อ ....................................... ผู้ขออนุมัติ

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

**ศูนย์คอมฯ ตรวจสอบแล้ว
ลงชื่อ..............................
ว.ด.ป. ..........................**

 (ตำแหน่ง ............................)

**ก.พัสดุ ตรวจสอบแล้ว
ลงชื่อ..............................
ว.ด.ป. ..........................**

 **อนุมัติ**

 .............................................

 (นายอิทธิพล จรัสโอฬาร)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช