**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