



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลเมืองปาน
เลขรับที่..... ๑๐๖ 4
วันที่..... - 3 / ส.ค. 2558 /
ฝ่าย.....

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โทร.๐ ๕๔๒๒ ๗๕๒๗

ที่ ลป ๐๐๓๒/ว. ๙๖๕๘

วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม/สัมมนา
หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ
สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้ทบทวนและกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายในการเดินทางไปราชการและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม/สัมมนา ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เพื่อให้การเบิกจ่ายเงินดังกล่าวถูกต้องตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางเดียวกันรายละเอียดดังเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไป

เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองปาน

-เพื่อโปรดทราบ

-เห็นควร ๑๗/๖/๕๘ เสนอ : ศักดิ์นาแก้ว

ทุกกลุ่มงาน, เพื่อแจ้งปฏิบัติ

๒๐/๗

3 ส.ค. ๕๘

๑

(นายประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

๑๗/๖/๕๘ ๑๗/๖/๕๘
- ๑๗/๖/๕๘ ๑๗/๖/๕๘

๕ ส.ค. ๕๘

๑๗/๖/๕๘

- ๑๗/๖/๕๘ ๑๗/๖/๕๘

- ๑๗/๖/๕๘ ๑๗/๖/๕๘

๑๗/๖/๕๘

(นายสมคิด วังทอง)

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ

ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

๕ ส.ค. ๕๘

(นายกมล ทวายสมุทร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองปาน

๑๗/๖/๕๘ ๑๗/๖/๕๘

หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม/สัมมนา
ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

๑. พาหนะเดินทาง

๑.๑ การเดินทางโดยเครื่องบิน ผู้มีสิทธิในการโดยสารเครื่องบิน ดังนี้

- (๑) นพ.สสจ.
- (๒) ผู้ช่วยนพ.สสจ. (ผชช.ว/ผชช.ส/นวก.สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)
- (๓) หัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
- (๔) ผอ.โรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ
- (๕) นอกเหนือจาก (๑) - (๔) กรณีเบิกจากหน่วยงานผู้จัดออกค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- (๖) นอกเหนือจาก (๑) - (๕) กรณีจำเป็นเร่งด่วนและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน

ให้อยู่ในดุลยพินิจของ นพ.สสจ.ลำปาง

หมายเหตุ กรณีเบิกงบประมาณจากหน่วยงานผู้จัดออกค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้ขึ้นเครื่องบินที่ จังหวัด ลำปาง

๑.๒ การเดินทางโดยรถไฟ

- (๑) ชั้นนั่งธรรมดา-ชั้นนอนปรับอากาศ ชั้น๒ ใช้สิทธิตามระเบียบ
- (๒) ชั้นนอกปรับอากาศ ชั้น๑(ให้แนบกาบัตร) สำหรับบุคคลตามข้อ ๑.๑ (๑) - (๕)

๑.๓ การเดินทางด้วยพาหนะส่วนตัว ขดเขยกลิโลเมตรละ๔ บาท (เหมาจ่ายตลอดการเดินทาง)

- (๑) บุคคลตามข้อ ๑.๑ (๑) - (๕)
- (๒) นอกเหนือจากข้อ ๑.๑ (๑) - (๕) กรณีจำเป็นเร่งด่วน เฉพาะจังหวัดใกล้เคียง เช่น เชียงใหม่ เชียงราย พิชญโลก แพร่ น่าน ฯลฯให้อยู่ในดุลยพินิจของ นพ.สสจ.ลำปาง

๒. ค่าเช่าที่พัก

๒.๑ กรณีเดินทางไปราชการปกติ

ระเบียบกำหนดให้เลือกใช้สิทธิระหว่างการจ่ายจริงหรือเหมาจ่าย โดยต้องระบุในบันทึกขออนุมัติเดินทางไปราชการอัตราเหมาจ่าย

- | | |
|---------------------------------------|------------------------|
| (๑) ระดับปฏิบัติงานระดับชำนาญการพิเศษ | อัตราคืนละ ๘๐๐.- บาท / |
| (๒) ระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป | อัตราคืนละ ๑,๒๐๐.- บาท |

๒.๒ กรณีเดินทางไปประชุม/อบรม และผู้จัดที่พักหรือสถานที่พักหรือมีใบจองที่พัก ให้เบิกจ่ายตามจริงในอัตราตามระเบียบกำหนด (ห้ามเบิกค่าที่พักแบบเหมาจ่าย) อนึ่ง ผู้จัดไม่จัดที่พักให้และต้องการเบิกแบบเหมาจ่ายให้ระบุในบันทึกขออนุมัติเดินทางด้วยทุกครั้ง

กรณีนำรถยนต์ราชการไปรับ-ส่ง คณะเดินทางไปราชการค่าที่พักพนักงานขับรถยนต์ให้เบิกในอัตราเหมาจ่ายได้ โดยระบุในบันทึกขออนุมัติเดินทางไปราชการ ยกเว้นกรณี สสจ.ลำปางเป็นหน่วยงานผู้จัดอบรมพนักงานขับรถยนต์เป็นส่วนหนึ่งของผู้ดำเนินการไม่สามารถเบิกจ่ายอัตราเหมาจ่ายได้

๓. ค่าตอบแทนวิทยากร

๓.๑ วิทยากรต่างหน่วยงาน/ต่างสังกัด(รวมทั้งวิทยากรจากโรงพยาบาลลำปาง) ให้เบิกตามระเบียบกำหนด

- (๑) วิทยากรที่เป็นข้าราชการให้เบิก ไม่เกินชั่วโมงละ ๖๐๐.-บาท
- (๒) วิทยากรที่ไม่เป็นข้าราชการให้เบิก ไม่เกินชั่วโมงละ ๑,๒๐๐.-บาท

๓.๒ กรณีวิทยากรที่หน่วยงาน สสจ./รพช./สสอ./รพ.สต. สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เป็นผู้จัดให้เบิกค่าตอบแทนได้เฉพาะวิทยากรจากหน่วยงานอื่นๆ ในสังกัด ชั่วโมงละ ๓๐๐.-บาท วิทยากรของหน่วยงานเจ้าของโครงการผู้จัดห้ามเบิกค่าตอบแทนวิทยากร

๓.๓ การเบิกค่าวิทยากรกลุ่ม ให้เบิกเฉพาะวิทยากรทำหน้าที่ตามจริงเท่านั้น สำหรับผู้ติดตามหรือทีมงามหากไม่ได้ทำหน้าที่วิทยากร ไม่สามารถเบิกค่าวิทยากรได้



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โทร.

ที่ ลป ๐๐๓๒. / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติจัดประชุม/อบรมตามโครงการ.....

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้อนุมัติโครงการประชุมอบรมของ รพช./สสอ./รพ.สต. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... นั้น ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย รพช./สสอ./รพ.สต. จึงขออนุมัติจัดการประชุมอบรมประจำปีเดือนเดือน..... ดังนี้

๑. โครงการ..... จัดประชุม/อบรม/จัดกิจกรรม
ในวันที่..... เวลา..... สถานที่.....

เป้าหมาย..... คน จำนวนเงิน..... บาท (.....)

เอกสารแนบ ๑

๒. โครงการ..... จัดประชุม/อบรม/จัดกิจกรรม
ในวันที่..... เวลา..... สถานที่.....

เป้าหมาย..... คน จำนวนเงิน..... บาท (.....)

เอกสารแนบ ๒

๓. โครงการ..... จัดประชุม/อบรม/จัดกิจกรรม
ในวันที่..... เวลา..... สถานที่.....

เป้าหมาย..... คน จำนวนเงิน..... บาท (.....)

เอกสารแนบ ๓

๔. โครงการ..... จัดประชุม/อบรม/จัดกิจกรรม
ในวันที่..... เวลา..... สถานที่.....

เป้าหมาย..... คน จำนวนเงิน..... บาท (.....)

เอกสารแนบ ๔

อนึ่ง อำนาจการอนุมัติให้จัดการประชุม/อบรม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบอำนาจให้นายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัด ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ ๑๕๘/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๕๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้รับผิดชอบโครงการ)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ความเห็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โทร.

ที่ ลป ๐๐๓๒. /

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าอาหาร/อาหารว่างและเครื่องดื่มในการประชุมอบรม (กรณีผู้เข้ารับการอบรมเพิ่ม-ขาด)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ตามหนังสือที่ ลป ๐๐๓๒. / ลงวันที่ ได้อนุมัติให้
รพ./สสอ./กลุ่มงาน จัดประชุม/อบรม โครงการ
ในวันที่ สถานที่
..... นั้น

บัดนี้ โครงการดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้เข้าร่วมประชุม/
อบรม ตามเป้าหมายของโครงการนี้ จำนวน คน
มาจริงจำนวน คน ได้จัดอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับการดำเนินการในครั้งนี้ จำนวน คน

() กรณีผู้เข้าร่วมประชุม/อบรมเกินเป้าหมาย ไม่เกิน ๑๐% จำนวน คน
ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มจำนวน คน โดยค่าใช้จ่ายตามโครงการสามารถจ่ายกันได้ไม่เกินกว่า
งบประมาณในโครงการ ประกอบด้วย

ค่าอาหารกลางวัน จำนวน คน ๆ ละ บาท จำนวน มื้อ เป็นเงิน บาท

ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน คน ๆ ละ บาท จำนวน มื้อ เป็นเงิน บาท

รวมค่าอาหาร/อาหารว่างและเครื่องดื่ม เป็นเงินทั้งสิ้น เป็นเงิน บาท

() กรณีผู้เข้าร่วมประชุม/อบรมต่ำกว่าเป้าหมาย ไม่เกิน ๑๐% จำนวน คน
ขออนุมัติเบิกจ่ายตามเป้าหมายโครงการนี้ จำนวน คน ตามหนังสือที่ ลป ๐๐๓๒/
ลงวันที่ ซึ่งได้ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินไว้แล้ว เนื่องจากไม่ได้รับการแจ้งงดการเข้าร่วมโครงการ
และผู้จัดได้ประสานการจัดทำอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่มไว้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

(ผู้รับผิดชอบโครงการ)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ความเห็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

[illegible]

ชื่อส่วนราชการ ๒๖๗ ๗
.....

โครงการ / หลักสูตร.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า อยู่บ้านเลขที่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

ได้รับเงินจาก ตั้งรายการต่อไปนี้

[illegible]

จำนวนเงิน (.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม โครงการ / หลักสูตร
 วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งสิ้น คน
 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม / ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจากกรม กระหวง
 ปรากฏรายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ค่าอาหาร (บาท)	ค่าเช่าที่พัก (บาท)	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น								

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
 (.....)

ตำแหน่ง