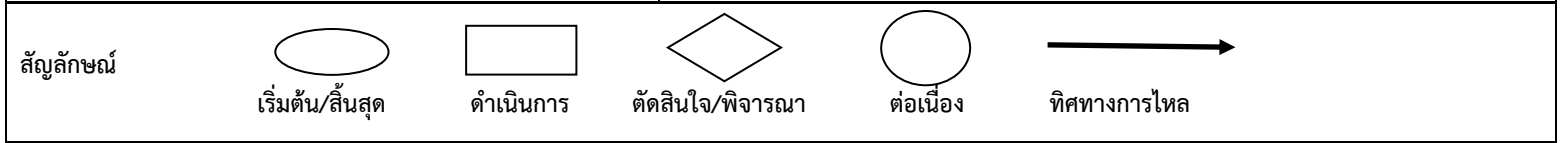


ชื่อโครงการ.....
 ผู้รับผิดชอบโครงการ..... โทร..... NO...../๒๕๖๙
 ผู้ประสานของกลุ่มงาน..... โทร.....

แผนภูมิการเสนอโครงการ สสจ.อุดรธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	เรื่อง การเสนอโครงการที่ขออนุมัติ กรณีเงินบำรุง /เงินกองทุนสุขภาพตำบล(สปสข.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
---	---



ลำดับที่	ขั้นตอน	หน่วยบริการในสังกัด สสจ.	งานธุรการ สสจ.	กลุ่มงานใน สสจ.	งานตรวจสอบภายใน/ประกันสุขภาพ	นพ.สสจ. อุดรธานี/ผู้มีอำนาจ	ระยะเวลา	ลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/วันที่รับเอกสาร
๑	รับหนังสือนำส่งโครงการของหน่วยงานในสังกัด						๑ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....
๒	ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของโครงการฯทุกขั้นตอน เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของบที่ใช้หรือไม่						๒ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....
	๒) ตรวจสอบรายละเอียดงบประมาณเป็นไปตามระเบียบค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม/การจัดงาน/ระเบียบเงินบำรุง						๒ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....
๓	๑)หน่วยงานในสังกัดนำโครงการไปปรับแก้ไข						๒ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....
	๒) กลุ่มงานรับโครงการที่แก้ไขแล้ว							
๔	เสนอโครงการให้เลขา สสจ. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนเพื่อเสนอลงนามอนุมัติ						๑ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....
๕	แจ้งผลการอนุมัติให้กลุ่มงานรับผิดชอบสังกัด สสจ.เพื่อรับโครงการอนุมัติ						๑ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....
๖	แจ้งหน่วยบริการในสังกัด (รพศ./รพช./สสอ.) เพื่อรับโครงการอนุมัติ						๑ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....

หมายเหตุ : ระยะเวลาดำเนินการโดยรวม ๑๐ วันทำการ (กรณีครบถ้วนถูกต้อง)
 ขอให้กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง รวบรวมส่งกลับกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ ในวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน
 เงินบำรุง ส่ง งานตรวจสอบภายใน ,เงินบำรุงของ รพ.อุดรธานี ส่ง งานการเงิน , เงินกองทุนสุขภาพตำบล ส่ง กลุ่มงานประกันสุขภาพ