

กลุ่มงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

แบบฟอร์มตรวจสอบการส่งหลักฐานในการเบิก-จ่าย ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ

ลำดับ	กระบวนกร ปฏิบัติงาน	เอกสาร	(1) ส่วน ของ กลุ่ม	(2) การเงิน ถูกต้อง/ ไม่	จำนวน เอกสาร (ฉบับ)	หมายเหตุ
1	คำตอบแทน การปฏิบัติงาน นอกเวลา	1 ใบตัดงบประมาณ(เงิน Non Uc/เงินนอกงบประมาณ)				
		2 แผนการใช้จ่ายเงินประจำปี				
		3 แบบ บก.107 (2 ฉบับ)				
		4 บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน (1ฉบับ)				
		5 บันทึกขออนุมัติปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ				
		6 คำสั่งให้ข้าราชการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ				
		7 แผนการปฏิบัติงาน (ตารางแผนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ)				
		8 หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ				
		9 ใบลงเวลาการปฏิบัติงานพร้อมลายเซ็นผู้ควบคุม				
		กรณีปฏิบัติงานคนเดียวเซ็นรับรองตนเอง				
		10 รายงานผลการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ				
		11 กรณีถ่ายเอกสาร ให้รับรองสำเนาถูกต้องด้วย				

1 (ลงชื่อ).....เจ้าของเรื่อง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2 (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ/งานการเงิน
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....