

กลุ่มงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

แบบฟอร์มตรวจสอบการส่งหลักฐานในการเบิก-จ่าย ค่าตอบแทนนวดแผนไทย

ลำดับ	กระบวนการปฏิบัติงาน	เอกสาร	(1) ส่วน ของ กลุ่ม	(2) การเงิน ถูกต้อง/ ไม่	จำนวน เอกสาร (ฉบับ)	หมายเหตุ
1	ค่าตอบแทน หมอนวดแผนไทย	1 แผนการใช้จ่ายเงินประจำปี				
		2 แบบ บก.107 (2 ฉบับ)				
		3 บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน (1ฉบับ)				
		4 ใบสำคัญรับเงิน				
		5 สำเนาบัตรประชาชน				
		6 สรุปตารางการปฏิบัติงานประจำเดือนของคนนวดแผนไทย				
		7 หลักฐานรายละเอียดการเบิก-จ่ายเงินค่าตอบแทน				
		8 แบบสรุปเงินรายรับนวดแผนไทยประจำเดือน				
		9 ระเบียบและหลักเกณฑ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง				
		- ไม่มี				
		- มี เช่น ระเบียบการจ่ายเงินค่าตอบแทน , หลักเกณฑ์ค่าตอบแทน				
		10 กรณีถ่ายเอกสาร ให้รับรองสำเนาถูกต้องด้วย				

(ลงชื่อ).....เจ้าของเรื่อง

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ/งานการเงิน

1

(.....)

2

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....