

กลุ่มงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี

แบบฟอร์มตรวจสอบการส่งหลักฐานในการเบิก-จ่าย ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ

ลำดับ	กระบวนการปฏิบัติงาน	เอกสาร	(1) ส่วน ของ กลุ่ม	(2) การเงิน ถูกต้อง/ ไม่	จำนวน เอกสาร (ฉบับ)	หมายเหตุ
1	ค่าตอบแทน 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.....