

กลุ่มงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี

แบบฟอร์มตรวจสอบการส่งหลักฐานในการเบิก-จ่าย ค่าตอบแทนนวดแผนไทย

ลำดับ	กระบวนการปฏิบัติงาน	เอกสาร	(1) ส่วน ของ กลุ่ม	(2) การเงิน ถูกต้อง/ ไม่	จำนวน เอกสาร (ฉบับ)	หมายเหตุ	
1	คำตอบแทน 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				
		10	กรณีถ่ายเอกสาร ให้รับรองสำเนาถูกต้องด้วย				

(ลงชื่อ).....เจ้าของเรื่อง

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ/งานการเงิน

1

(.....)

2

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....