



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลเขายายสุมิตร โทร. ๐ ๙๔๖๙ ๑๐๓๑ ต่อ ๑๒๑

ที่ พท ๐๐๓๒.๓๐๑.๐๓๒/๓๒

วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบลงทุน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขายายสุมิตร

ตามที่ โรงพยาบาลเขายายสุมิตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ได้รับจัดสรรเงินงบประมาณ ประจำปี ๒๕๖๔ รายการงบลงทุน สำหรับการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาลเขายายสุมิตร ประกอบด้วย

- เงินนอกงบประมาณ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (เงินบำรุง)
- เงินตามแผนงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน(งบค่าเสื่อม) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔
- เงินงบจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
- เงินงบจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ รายการงบลงทุน

ทั้งนี้ ในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รายการงบลงทุนดังกล่าวยังไม่ได้ดำเนินการถึงขั้นตอนการเบิกจ่ายเงิน จึงไม่มีเอกสารหลักฐานชุดใบสำคัญการเบิกจ่ายเงิน ในไตรมาสที่ ๓ (เดือนเมษายน ๒๕๖๔ - มิถุนายน ๒๕๖๔)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางสาวศรินรัตน์ เปาะทองคำ)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

(นางสาวอภิญญา เพ็ชรศรี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าพะยอม รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขายายสุมิตร

// ๒๕๖๔

Udom.

บริษัท อุดม เมดิกอล อีควิปเม้นท์ จำกัด
UDOM MEDICAL EQUIPMENT CO., LTD.

80 ซอยพัฒนาการ 69 แขวงปราชญ์ เขตปราชญ์ กรุงเทพมหานคร 10250

โทร. 0-2320-1232-5 แฟกซ์ 0-2322-7124

เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี 0105533115594

1150/64

ใบเสร็จรับเงิน

ลูกค้า R112025

เลขที่ RV121030222

โรงพยาบาลเขาสวน

วันที่

513 หมู่ที่ 3 ตำบลเขาสวน อำเภอเขาสวน จังหวัดพัทลุง 93130

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ลำดับ	เลขที่ใบกำกับภาษี	วันที่ใบกำกับภาษี	จำนวนเงิน	จำนวนที่ชำระแล้ว	ยอดชำระ
1	GU121030426		22,500.00	0.00	22,500.00
(สองหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน)			จำนวนเงินทั้งสิ้น / Total		22,500.00

จ่ายเงินแล้ว
ผู้จ่ายเงิน
(นางวรินทร์ ไหมสวัสดิ์)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี
วันที่ 19 มิ.ย. 2564

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะมีผลใช้เมื่อแสดงของผ่านบัญชีบริษัท ฯ เรียบร้อยแล้ว



เงินสด



เงินโอน



เช็คธนาคาร

เช็คเลขที่

ลงวันที่

จำนวนเงิน

ผู้รับเงิน

ผู้รับเงิน

วันที่

19/4/64

ผู้รับมอบหมาย

กต.น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสวน

1

[illegible]

101

現兌單

วันที่ 日期 5 ธ.ค. 64
DATE

เลขประจำตัวประชาชน IDENTIFICATION NO. 0994000947616 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี TAX IDENTIFICATION NO.

จ่ายเงินสด
 (นางวาริน ไทลาสิณี)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและพัสดุ
 - 5 พ.ค. 2564
 วันที่.....

ผู้รับเงิน 收貨人 ทักษิณ
COLLECTOR _____

วันที่ 6/5/2564
เลขที่ใบส่งสินค้า RC-181
พนักงานขาย

รหัสลูกค้า 63-0104
ชื่อลูกค้า โรงพยาบาลเขาชัยสน
ที่อยู่ 543 ม. 3 ต.เขาชัยสน อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง 93130

ลำดับ No	รายการ Description	จำนวน Qty.	หน่วย Unit	ราคาต่อหน่วย Unit	จำนวนเงิน Amount
ปรับปรุงห้องผู้ป่วยพิเศษห้อง 10 จำนวน 1 งาน ประกอบด้วย					
1	ประตูกว้างบานคู่ ขนาด 0.90 ม. X 1.97 ม. และ ขนาด 0.30 ม. X 1.97 ม.	1	ชุด	9,100.00	9,100.00
2	ประตูลังห้อง ขนาด 0.80 ม. X 2.00 ม. (ประตูไม้ขัดยางบุลามิเนต พร้อมอุปกรณ์และทาสีวงบ	1	บาน	6,420.00	6,420.00
3	ปิดช่องหน้าต่างเดิมกว้าง 1.65 ม. สูง 1.20 ม.	1	ช่อง	2,140.00	2,140.00
4	หน้าต่างบานเลื่อนกรอบอลูมิเนียม กว้าง 1.70 ม. สูง 1.60 ม.	1	ชุด	8,025.00	8,025.00
5	งานสีผิวอาคาร	30	ตร.ม.	150.00	4,500.00
6	งานฉาบปูนอุดแปะ	19	ตร.ม.	482.00	9,158.00
7	ตกแต่งผนังกันเปื้อน สูง 0.80 ม. บุฉีดยาง 4 มม. บุทับด้วยลามิเนต (เลือกสีและลายภายหลัง)	18	ม.	2,675.00	48,150.00
8	ตกแต่งผนังหัวเตียง	3.6	ตร.ม.	2,140.00	7,704.00
9	ตกแต่งบัวเพดานใหม่หน้าฉากสูง 20 ซม. บัวผ้าขนาด 3 นิ้ว พร้อมติดตั้ง	18	ม.	321.00	5,778.00
10	ตู้ใส่เสื้อผ้า ขนาดกว้าง 0.85 ม. สูง 2.00 ม.	1	ตู้	12,623.00	12,623.00
11	งานสีด้านนอกพร้อมสีวงบ	12	ตร.ม.	172.00	2,064.00
ชำระโดย: ☐ เงินสด ☐ เช็คธนาคาร.....เลขที่..... ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....จำนวน..... ☐ บัตรเครดิต.....					รวมเป็นเงิน ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%
หนึ่งแสนหนึ่งพันห้าพันหกสิบสองบาทถ้วน					108,095.33 7,566.67
หนึ่งแสนหนึ่งพันห้าพันหกสิบสองบาทถ้วน				ยอดรวมทั้งสิ้น	115,662.00

หมายเหตุ:

** ข้อมูลการชำระเงิน **

ธนาคารกสิกรไทย สาขาถนนรามศวร

ชื่อบัญชี: บริษัท บิวท์เทคพัทลุง

เลขที่บัญชี: 056-8-71262-5

ผู้จ่ายเงิน

ลงชื่อ (นางสาวกรีน ไทแก้วดี)
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี
วันที่ 6/5/2564

BUILT TECH
PHATTHALUNG CO., LTD.
บริษัท บิวท์เทคพัทลุง จำกัด

วันที่ 6/5/64



ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลเซาซัสสน

วันที่ 27 เดือน เมษายน พ.ศ. 2564

ข้าพเจ้า นางรณนกร บัวแก้ว อยู่บ้านเลขที่ 86 หมู่ที่ 8 ตำบล ร่มเมือง
อำเภอ เมือง จังหวัด พัทลุง 93000 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100792185
ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลเซาซัสสน
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สตางค์
-รับเงินทดรองจ่าย ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าอาหารกลางวัน โครงการ(การบำบัดรักษายาเสพติด)กิจกรรมให้บริการรักษา พยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่	7,800	-
-รับเงินทดรองจ่าย ค่าสมนาคุณวิทยากรโครงการ(การบำบัดรักษายา เสพติด) กิจกรรมให้บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ยาเสพติดในพื้นที่	4,200	-
รวมเป็นเงิน	12,000	-

จ่ายเงินแล้ว

(นางกรีน ไหมสวัสดิ์)
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี

วันที่ 27 เม.ย. 2564

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(นาง รณนกร บัวแก้ว)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน
(นางกรีน ไหมสวัสดิ์)
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี

ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลเขาชัยสน

วันที่ 27 เดือน เมษายน พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า นางรชณากร บัวแก้ว อยู่บ้านเลขที่ 86 หมู่ที่ 8 ตำบล ร่มเมือง
อำเภอ เมือง จังหวัด พัทลุง 93000 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100792185
ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลเขาชัยสน
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

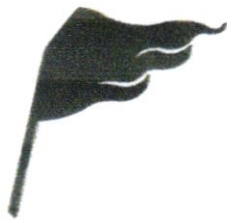
รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สตางค์
-รับเงินอุดหนุน ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าอาหารกลางวัน โครงการ(กิจกรรมติดตามผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติด)	3,250	-
-รับเงินอุดหนุน ค่าสมณาคณะวิทยากรโครงการ (กิจกรรม ติดตามผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด)	2,100	-
จ่ายเงินแล้ว (นางวรินทร์ ไหมส่วดี) เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี วันที่ 27 เม.ย. 2564		
รวมเป็นเงิน	5,350	-

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (ห้าพันสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ลงชื่อ วิมลดา ปัทม ผู้รับเงิน
(ทวด วิมลดา ปัทม)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางวริน โทณแก้วดี)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

วันที่ 日期
DATE



บริษัท ธงทองโอสด จำกัด (สำนักงานใหญ่)

17/3 หมู่ 2 ต.วังตะเคียน อ.เมืองฉะเชิงเทรา จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร. 038-512312, 038-816685 โทรสาร. 038-512313
THONGTONG OSOTH CO.,LTD. (HEAD OFFICE)
17/3 M.2 Wangtakaen, Muang Chachoengsao, Chachoengsao.
Tel. 66 (0)38512312, 66 (0)38816685 Fax. 66 (0)38512313

ต้นฉบับ	ORIGINAL
ใบเสร็จรับเงิน RECEIPT	

(ไม่ใช้ใบกำกับภาษี) เอกสารออกเป็นชุด

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0245558000412

เลขที่ TH6402/0340

รหัสลูกค้า สาขา 0000 สำนักงานใหญ่
ชื่อลูกค้า 93014 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000747616
ที่อยู่ โรงพยาบาลเขาชัยสน
543 หมู่ 3 ต.เขาชัยสน
อ.เขาชัยสน จ.พัทลุง 93130
โทร. 084-1956469 แฟกซ์ 074-691031

วันที่
เครดิต
กำหนดชำระเงิน
พนักงานขาย พงษ์รัตน์ วงศ์ไพรัช เขต --
ขนส่งโดย ศูนย์เวอร์เนล

รายการ	หน่วย	จำนวน	แถม	ราคา	จำนวนเงิน
G09 ยางงพญาคอกขาว LOT.NO.VER63001,Exp.15/09/2023	ฟุต	112.00		25.00	2,800.00
G09 ยางงพญาคอกขาว LOT.NO.VER63002,Exp.18/10/2023	ฟุต	108.00		25.00	2,700.00
มูลค่าสินค้า					5,500.00
ส่วนลด					0.00
มูลค่าสินค้านำก่อนภาษี					5,140.19
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%					359.81
รวมเงินสุทธิ					5,500.00

จ่ายเงินแล้ว
(นางวรินทร์ ไหมแก้ว)
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี
วันที่ 5/4/2564

ผิด ตก ยกเว้น E.&O.E.

(สำหรับชำระหนี้)

- สินค้าตามเอกสารนี้ ถ้ามีการผิดพลาดโปรดแจ้งให้ทางบริษัทฯ ทราบภายใน 3 วัน มิฉะนั้นจะไม่รับผิดชอบใดๆ ทั้งสิ้น และกรรมสิทธิ์ยังคงเป็นของฝ่ายจำหน่ายจนกว่าบริษัทฯ จะได้รับการชำระหนี้เป็นต้น
- โปรดจ่ายเช็คขีดคร่อมเฉพาะในนาม บริษัท ธงทองโอสด จำกัด เท่านั้น
- หากชำระเกินกำหนดที่ตกลงไว้ต้องเสียเบี้ยปรับในอัตรา 2% ต่อเดือน
- ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นผู้รับมอบอำนาจ ผู้รับเงิน และเรียกเก็บเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว

ได้รับสินค้าดังกล่าวข้างต้นในสภาพที่ดีและถูกต้องแล้ว
The product that has been mentioned correctly above is in good condition

ผู้รับสินค้า
Received by (ตัวบรรจง)

วันที่
Date

ชำระโดย/Paid by

☐ เงินสด
Cash

☐ เช็ค
Cheque

ธนาคาร
Bank

สาขา
Branch

เลขที่
No.

ลงวันที่
Date

ผู้รับเงิน
Collector

วันที่รับชำระ
Received Date

ในนาม บริษัท ธงทองโอสด จำกัด
For THONGTONG OSOTH CO.,LTD.

ผู้รับมอบอำนาจ
Authorized

โรงพยาบาลเขาชัยสน
อ. เขาชัยสน จ. พัทลุง 93130
เลขผู้เสียภาษี 0994000747616 สำนักงานใหญ่

รหัสลูกค้า	ใบสั่งขาย	วันที่
22๕006 10200340	1.090325	
INV. No. 103210201079	DO. 3310324995	
รหัสผู้แทน 792	SO. 3210329673	BN. 3410318718
เขตจังหวัด 93130 อ. เขาชัยสน จ. พัทลุง		
กำหนดชำระเงิน (วัน)		PO.

รหัส	รายการ	ขนาด	หน่วย	จำนวน		หน่วยละ	จำนวนเงิน
				เต็ม	เศษ		
CDLUB0144	ถุงยางอนามัย นรล็ค (LUBR) 49 มม.	144PIEC	ถุง	15		330.00	4,950.00
CDLUBM200	ถุงยางอนามัย นรล็ค (LUBR) 52 มม.	200PIEC	กล่อง	15		330.00	4,950.00

จ่ายเงินแล้ว
(นางวาริน ไทสวัสดิ์)
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี
วันที่ ๕/4/๖4

กำหนดชำระหนี้	2 รายการ	รวมเงิน	9,900.00
---------------	----------	---------	----------

ผู้รับสินค้า	วันที่	ใบเสร็จรับเงิน	ราคาไม่รวมภาษี	9,252.3
ผู้รับเงิน	วันที่			ภาษี
กรุณาจ่ายเช็คหรือเงินสดในนาม บริษัท เอฟ.ซี.พี. จำกัด เท่านั้น การชำระเงินด้วยเช็ค จะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว			รวมเงินสุทธิ	9,900.00
ขอความร่วมมือ : 1. กรุณาอย่าชำระเงินเกินยอดที่แจ้งให้ 2. เงินของให้คืนบริษัทฯ โดยไม่ลดในยอดเงินต้นไว้เป็นหลักฐาน			ผู้จัดการ	



บริษัท ที.แมน ฟาร์มา จำกัด
T. MAN PHARMA COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ : 63 ชั้น 3 ซอยรัชดาภิเษก 14/1 ถนนรัชดาภิเษก (ท่าพระ-ตากสิน) แขวงปทุมโล เขตดอนบุรี กรุงเทพฯ 10800
63 Floor 3, Soi Ratchadaphisek 14/1, Ratchadaphisek (Thaphra-Taksin) Rd., Bukkalo, Thonburi, Bangkok 10800

สาขาที่ออกใบกำกับภาษี : 69 ซอยบางขุนเทียน 14 แขวงสามเตา เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ 10150
คือ สาขา 2 69 Soi Bangkhunthian 14, Samaedum, Bangkhunthian, Bangkok 10150
(สถานที่รับจัดส่งเอกสาร) Tel. 0-2415-1007, 0-2415-1061, 0-2416-4688 Fax : 0-2416-1241, 0-2840-1262

ต้นฉบับ
ORIGINAL

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร
0105554086933

(ไม่ใช้ใบกำกับภาษี)

เอกสารออกเป็นชุด

เลขที่ลูกค้า รหัส 9313K000154

ใบเสร็จรับเงิน

RECEIPT

CO21022312

เลขที่ NO.

IV6402002929

วันที่ DATE

นามลูกค้า/ที่อยู่ CUSTOMERS NAME/ADDRESS

โรงพยาบาลเขาย้อยสน

543 ต.เขาย้อยสน

อ.เขาย้อยสน จ.พัทลุง 93130/สนญ. TEL. (076) 691-031 โทรสาร 691- FAX <D>

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0994000747616

สถานที่ส่ง SHIP TO

พนักงานขาย

DU00019-ศิริกร

099-9699635

ลำดับ ITEM	รหัสสินค้า PRODUCT CODE	รายการ DESCRIPTION	จำนวน QUANTITY	หน่วย UNIT PRICE	สต Z	จำนวนเงิน AMOUNT
1	GZ01FQ	#ZIGALESS Mouth Spray (1x6x15ml) สารสกัดดอกชบา ที่ส่งมาด้วย ใบวิเคราะห์ ใบGMP	20.00 Box	300.00		6,000.00
จ่ายเงินแล้ว (นางเรณู บุญรัตน์) ผู้จ่ายเงิน เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชำนาญงาน วันที่ 5/เม.ย./2564						
ราคาสินค้า						5,607.48
ภาษีมูลค่าเพิ่ม/VAT 7%						392.52
(หกพันบาทถ้วน) ราคาสินค้ารวมภาษี AMOUNT						6,000.00

รายละเอียดการชำระเงิน

☐ เช็ค ธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่ _____
วันที่ _____ จำนวนเงิน _____
☐ เงินสด _____

ผู้รับเงิน

RECEIVED BY

วันที่

DATE

ในนาม

บริษัท ที.แมน ฟาร์มา จำกัด

FOR

T. MAN PHARMA COMPANY LIMITED

ผู้จัดการ

MANAGER

Uma Thm.

โปรดจ่ายเช็คติดคร่อมในนาม บริษัท ที.แมน ฟาร์มา จำกัด ใบเสร็จรับเงินจะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อได้เรียกเก็บเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว

Payment should be made payable by crossed to "T. MAN PHARMA COMPANY LIMITED " The Receipt is not valid until cheque is honoured by Bank

บริษัท แก้วมังกรเภสัช จำกัด
Kaewmungskornphaesaj Co., Ltd.

เอกสารนี้เป็นชุด (ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)

ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน
ORIGINAL RECEIPT

123/2 หมู่ 6 ถนนพหลโยธิน ตำบลดอนกระเบื้อง อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี 70120
123/2 Moo 6 Petchaburi Rd., Tambon Donkrabeang, Ampur Potaram, Ratchaburi 70120
Tel : 0-3224-0423-5 Fax : 0-3224-0426
E-mail : kaewmungskornphaesaj@hotmail.com

เลขที่ IV64020474

วันที่

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0705544000267 สำนักงานใหญ่

ชื่อและที่อยู่ลูกค้า CUSTOMER'S NAME & ADDRESS

โรงพยาบาลราชธานี

543 หมู่ 3 ต.ราชธานี อ.ราชธานี จ.พิจิตร 32130

สถานที่ส่ง SHIP TO

สาขาที่

เลขประจำตัวภาษี 0994000747616

รหัสลูกค้า CUST. NO.	ผู้ส่งซื้อ SHIP BY	ใบสั่งซื้อเลขที่ PURCHASE ORDER	เครดิต CREDIT TERM	วันครบกำหนดชำระเงิน DUE DATE	พนักงานขาย SALESMAN
ชช-001			60 วัน		นางฐิติกา อรรณ เจริญ

ลำดับ No.	รายการ DESCRIPTION	จำนวน QUANTITY	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1	ยาอมสมุนไพรพญาคอขาวขนาด 50 เม็ดx4 ซอง LOT 726301 MFG.28.05.63 EXP.28.05.66	25 ซอง	200.00	5,000.00

จ่ายเงินแล้ว

(นางวริน โคมศิริ)
(พนักงานการเงินและบัญชี)

วันที่ 5/4/14

- ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์เมื่อได้รับชำระเงินเรียบร้อยแล้ว
- หากชำระเงินโดยเช็ค โปรดส่งเช็คในนาม บริษัท แก้วมังกรเภสัช จำกัด

มีผล ยกเว้น E & OE

(ห้าพันบาทถ้วน)

รวมราคาสินค้า TOTAL PRICE	4,672.90
ส่วนลด DISCOUNT	
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7.00% VALUE ADDED TAX	327.10
รวมเงิน TOTAL	5,000.00

- ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนในสภาพเรียบร้อยถูกต้องพร้อมใบกำกับภาษี
- กรรมสิทธิ์ในสินค้ายังคงเป็นของผู้ขาย จนกว่าจะได้รับการชำระเงินเรียบร้อยแล้ว

ได้รับสินค้าตามรายการในสภาพเรียบร้อยถูกต้อง
RECEIVED THE ABOVE IN GOOD ORDER AND CONDITION

ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ เช็คธนาคาร

สาขา เลขที่

ลงวันที่ ผู้รับเงิน

ในนาม บริษัท แก้วมังกรเภสัช จำกัด
For Kaewmungskornphaesaj Co., Ltd.

ผู้รับของ/Receiver วันที่/Date

ผู้ส่งสินค้า/Delivered By วันที่/Date

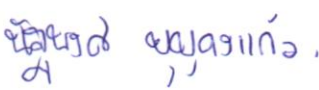
ผู้จัด

ผู้ตรวจ

ผู้จัดการ/Manager

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลเขายายสน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลเขายายสน	
ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลเขายายสน วัน/เดือน/ปี : วันที่ มิถุนายน ๒๕๖๔ หัวข้อ : รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รายละเอียดข้อมูล : รายงานผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ Link ภายนอก : http://www.kohc.moph.go.th หมายเหตุ : ไม่มี	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางสาวสุพัตรา เหตุทอง) ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน วันที่.....เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔  (นางสาวศรินรัตน์ เปาะทองคำ) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มบริหารงานทั่วไป วันที่.....เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔	ผู้อนุมัติรับรอง  (นางสาวอภิญญา เพ็ชรศรี) ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าพะยอม รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขายายสน วันที่.....เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายณัฐพงศ์ บุญคงแก้ว) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่.....เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔	