

กลุ่มงาน .....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

แบบฟอร์มตรวจสอบการส่งหลักฐานในการเบิกจ่าย ค่าเบี้ยประชุม

ลำดับ	กระบวนการปฏิบัติงาน	เอกสาร	(1) ส่วน ของ กลุ่ม งานมี	(2) การเงิน ถูกต้อง/ ไม่ ถูกต้อง	หมายเหตุ
1	ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการ หรืออนุกรรมการ	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		เอกสารแนบในการเบิกจ่าย			
		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			

1

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

2

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

หมายเหตุ 1. เจ้าของเรื่อง ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร หากมี ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ส่วนของกลุ่มงาน (1)

2. งานการเงิน ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร หากถูกต้องให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ส่วนของการเงิน (2) หากมีการแก้ไขจะลงในช่องหมายเหตุ

2 ตุลาคม 2560