 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โทร 0 5651 1565

**ที่** อน 0032.001/  **วันที่**  27 พฤศจิกายน 2561

**เรื่อง** ขออนุมัติเบิกค่าผ่านทางพิเศษ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

 ตามที่กองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดประชุมเชิงเพื่อหารือแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณ ปี 2562 ในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2561 ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 9 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นั้น

 ข้าพเจ้านางพนิดา บุญมี นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ และคณะ เดินทางไปเข้าร่วมประชุมฯ ดังกล่าว และได้ขออนุญาตใช้รถยนต์ทางราชการ หมายเลขทะเบียน นข.1432 อุทัยธานี โดยมีค่าใช้จ่าย คือ ค่าผ่านทางพิเศษ จำนวนเงิน 140.- บาท(หนึ่งร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขออนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าผ่านทางพิเศษจำนวนเงิน 140.- บาท(หนึ่งร้อยสี่สิบบาทถ้วน) ให้กับนางพนิดา บุญมี

 (นางพนิดา บุญมี) นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

  **อนุมัติ**

 (ลงชื่อ)..............................................

ตำแหน่ง...............................................

ได้รับเงิน จำนวน ................................บาท (.......................................................................) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ ..................................................................... ผู้รับ วันที่ ...............................................................