



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 5304
วันที่ 30 ก.ย. ๒๕
เวลา 13:49

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวังสมบูรณ์ (ฝ่ายบริหารทั่วไป) โทรศัพท์ ๐๓๗-๔๔๔๗๗๗ ต่อ ๑๓

ที่ สก ๐๐๓๓.๓๐๑.๐๔/๑๕๐๔

วันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง แจงโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

โรงพยาบาลวังสมบูรณ์ ได้ดำเนินการโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์ ที่ผู้รับบริการของ
โรงพยาบาลวังสมบูรณ์ไปรับบริการที่โรงพยาบาลรัฐประเทศ ตามเลขที่หนังสือ ดังนี้

๑.ค่าบริการทางการแพทย์ ที่ สก ๐๐๓๓.๓๐๑/๖๖๖ เป็นเงิน ๗๐๐.๐๐ บาท

๒.ค่าบริการทางการแพทย์ ที่ สก ๐๐๓๓.๓๐๑/๘๘๓ เป็นเงิน ๑,๔๗๕.๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๑๗๕.๐๐ บาท (สองพันหนึ่งร้อยเจ็ดสิบบห้าบาทถ้วน) จึงขอให้
โรงพยาบาลรัฐประเทศ กรุณาส่งใบเสร็จรับเงินให้งานการเงินและบัญชีโรงพยาบาลวังสมบูรณ์ เพื่อใช้เป็น
หลักฐานประกอบการเบิก-จ่ายโดยด่วน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นความชอบ..... กช.โอฬ
.....
.....

(นายยุทธพงษ์ ศรีมงคล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังสมบูรณ์

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ
03 ต.ค. 2565



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวังสมบูรณ์ (งานการเงินและบัญชี) โทรศัพท์. ๐-๓๗๔๔-๙๗๗๗

ที่ สก ๐๐๓๓.๓๐๑.๐๙/

วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินบำรุงเพื่อจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังสมบูรณ์

โรงพยาบาลวังสมบูรณ์ ฝ่ายบริหารทั่วไป (การเงินและบัญชี) มีความประสงค์ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินบำรุงจากบัญชี ธกส. เลขที่ ๐๒๐๐๕๖๖๑๓๘๙๔ เป็นเงินจำนวน ๒,๑๗๕.๐๐ บาท (-สองพันหนึ่งร้อยเจ็ดสิบห้าบาทถ้วน-) ตามเช็คเลขที่ ๕๐๗๕๕๙๐๖ สั่งจ่ายในนาม โรงพยาบาลรัฐประเศ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ที่	เลขที่ใบส่งของ		รายการ	จำนวนเงิน	ภาษี หัก ณ ที่จ่าย	คงเหลือ
	เล่มที่	เลขที่				
๑	-	สก๐๐๓๓.๓๐๑/๖๖๖	-ค่าบริการทางการแพทย์	๗๐๐.๐๐	-	๗๐๐.๐๐
๒	-	สก๐๐๓๓.๓๐๑/๘๙๓	-ค่าบริการทางการแพทย์	๑,๔๗๕.๐๐	-	๑,๔๗๕.๐๐
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น						๒,๑๗๕.๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายสิทธิพงศ์ ชาวประชา)

นักวิชาการเงินและบัญชี

(นางสาวสุนทร บัณเฑียร)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

อนุมัติ

(นายยุทธพงษ์ ศรีมงคล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังสมบูรณ์

**ใบฝากเงิน**
Deposit Slip

เลขที่	จำนวนเงินเป็นตัวอักษร	ต่อจากเงินย่อย เงินเข้า	จำนวนเงินเป็นตัวเลข
sh	Amount in Words		Amount in Number
	รวมยอดเงินเป็นตัวอักษร Total Amount in Words		รวมยอดเงินเป็นตัวเลข Total Amount in Number

พนักงานการเงิน / Tel

1. **ผู้ฝาก** **โทรศัพท์**
 Depositor Tel. No.

ผู้อนุมัติ / Authorized _____
05