

(ตัวอย่าง)

คำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

ที่...../.....

เรื่อง แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวัน

ของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

ตามที่ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๙ กำหนดให้การรับส่งเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินให้โรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๕/๕ (๒) มาตรา ๓๕/๕ (๔) และมาตรา ๓๙ แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรา ๑๕ วรรคสองแห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ประกอบความในข้อ ๑๐ ข้อ ๑๑ และข้อ ๑๒ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงินและการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๑ และข้อ ๒๔๑ ข้อ ๒๔๒ ข้อ ๒๔๓ และข้อ ๒๔๔ แห่งประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติมจึงแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตามบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้เป็นเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวันของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... โดยมีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

๑. ตรวจสอบการรับ-การจ่ายเงินประจำวันและจำนวนเงินที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดเก็บและนำส่งพร้อมหลักฐาน

๒. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของบัญชีเงินสดหรือบัญชีเงินฝากธนาคาร หากถูกต้องครบถ้วนแล้วให้ผู้ตรวจสอบแสดงยอดรวมเงินรับทั้งสิ้นตามใบเสร็จรับเงินฉบับสุดท้ายและลงลายมือชื่อกำกับไว้ด้วย

๓. ปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องตามที่นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... มอบหมาย

ในการปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์ปกติ ให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งในลำดับที่ ๑ ปฏิบัติหน้าที่
เว้นแต่เจ้าหน้าที่ลำดับที่ ๑ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้เจ้าหน้าที่ลำดับที่ ๒ ปฏิบัติหน้าที่แทนเป็นครั้งคราว
ตามความจำเป็น

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ..... เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวันของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

แนบท้ายคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ที่...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ รพ.สต.	ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวัน/ตำแหน่ง/ตำแหน่งเลขที่/เลขประจำตัวประชาชน	หมายเหตุ
๑			
๒			
๓			
๔			
๕			
๖			
๗			
๘			
๙			
๑๐			
๑๑			
๑๒			
๑๓			
๑๔			
๑๕			
๑๖			
๑๗			
๑๘			

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวันของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

แนบท้ายคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ที่...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ รพ.สต.	ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวัน/ตำแหน่ง/ตำแหน่งเลขที่/เลขประจำตัวประชาชน	หมายเหตุ
๑๙			
๒๐			
๒๑			
๒๒			
๒๓			
๒๔			
๒๕			
๒๖			
๒๗			
๒๘			
๒๙			
๓๐			
๓๑			
๓๒			
๓๓			
๓๔			
๓๕			
๓๖			
๓๗			

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวันของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

แนบท้ายคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ที่...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ รพ.สต.	ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวัน/ตำแหน่ง/ตำแหน่งเลขที่/เลขประจำตัวประชาชน	หมายเหตุ
๓๘			
๓๙			
๔๐			
๔๑			
๔๒			
๔๓			
๔๔			
๔๕			
๔๖			
๔๗			
๔๘			
๔๙			
๕๐			
๕๑			
๕๒			
๕๓			
๕๔			
๕๕			
๕๖			

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวันของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

แนบท้ายคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ที่...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ รพ.สต.	ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวัน/ตำแหน่ง/ตำแหน่งเลขที่/เลขประจำตัวประชาชน	หมายเหตุ
๕๗			
๕๘			
๕๙			
๖๐			
๖๑			
๖๒			
๖๓			
๖๔			
๖๕			
๖๖			
๖๗			
๖๘			
๖๙			
๗๐			
๗๑			
๗๒			
๗๓			
๗๔			
๗๕			

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวันของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

แนบท้ายคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ที่...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ รพ.สต.	ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวัน/ตำแหน่ง/ตำแหน่งเลขที่/เลขประจำตัวประชาชน	หมายเหตุ
๗๖			
๗๗			
๗๘			
๗๙			
๘๐			
๘๑			
๘๒			
๘๓			
๘๔			
๘๕			
๘๖			
๘๗			
๘๘			
๘๙			
๙๐			
๙๑			
๙๒			
๙๓			
๙๔			

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวันของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

แนบท้ายคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ที่...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ รพ.สต.	ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวัน/ตำแหน่ง/ตำแหน่งเลขที่/เลขประจำตัวประชาชน	หมายเหตุ
๙๕			
๙๖			
๙๗			
๙๘			
๙๙			
๑๐๐			
๑๐๑			
๑๐๒			
๑๐๓			
๑๐๔			
๑๐๕			
๑๐๖			
๑๐๗			
๑๐๘			
๑๐๙			
๑๑๐			
๑๑๑			
๑๑๒			
๑๑๓			

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวันของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

แนบท้ายคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ที่...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ รพ.สต.	ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวัน/ตำแหน่ง/ตำแหน่งเลขที่/เลขประจำตัวประชาชน	หมายเหตุ
๑๑๔			
๑๑๕			
๑๑๖			
๑๑๗			
๑๑๘			
๑๑๙			
๑๒๐			
๑๒๑			
๑๒๒			
๑๒๓			
๑๒๔			
๑๒๕			
๑๒๖			
๑๒๗			
๑๒๘			
๑๒๙			
๑๓๐			
๑๓๑			
๑๓๒			

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวันของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

แนบท้ายคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ที่...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ รพ.สต.	ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวัน/ตำแหน่ง/ตำแหน่งเลขที่/เลขประจำตัวประชาชน	หมายเหตุ
๑๓๓			
๑๓๔			
๑๓๕			
๑๓๖			
๑๓๗			
๑๓๘			
๑๓๙			
๑๔๐			
๑๔๑			
๑๔๒			
๑๔๓			
๑๔๔			
๑๔๕			
๑๔๖			
๑๔๗			
๑๔๘			
๑๔๙			
๑๕๐			
๑๕๑			

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวันของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

แนบท้ายคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ที่...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ รพ.สต.	ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวัน/ตำแหน่ง/ตำแหน่งเลขที่/เลขประจำตัวประชาชน	หมายเหตุ
๑๕๒			
๑๕๓			
๑๕๔			
๑๕๕			
๑๕๖			
๑๕๗			
๑๕๘			
๑๕๙			
๑๖๐			
๑๖๑			
๑๖๒			
๑๖๓			
๑๖๔			
๑๖๕			
๑๖๖			
๑๖๗			
๑๖๘			
๑๖๙			
๑๗๐			

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวันของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

แนบท้ายคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด..... ที่...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ รพ.สต.	ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการรับเงิน-การจ่ายเงินประจำวัน/ตำแหน่ง/ตำแหน่งเลขที่/เลขประจำตัวประชาชน	หมายเหตุ
๑๗๑			
๑๗๒			
๑๗๓			
๑๗๔			