บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งาน โรงพยาบาลบางปะกง โทร.
ที่ ฉช ๐๐๓๓.๓/ **วันที่**
เรื่อง ขออนุมัติแผนปฏิบัติการ (เพิ่มเติม) ประจำปีงบประมาณ ๒๕.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง

ด้วย งาน..... กลุ่มงาน..... ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕..... และได้เสนอขออนุมัติแผนปฏิบัติการ ตามกรอบแนวทางการดำเนินงานแล้วนั้น บัดนี้ งาน.....กลุ่มงาน..... มีความจำเป็นต้องเสนอขออนุมัติแผนปฏิบัติการเพิ่มเติม ในชื่อ “.....” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....และสามารถบรรลุเป้าหมาย/ตัวชี้วัด.....ซึ่งแผนปฏิบัติการดังกล่าว มิได้อยู่ในแผนปฏิบัติการเดิม และมีความจำเป็นเร่งด่วนต่อการพัฒนาคุณภาพบริการและผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจของโรงพยาบาล

ในการนี้ งาน..... กลุ่มงาน..... จึงมีความประสงค์ขออนุมัติเพิ่มแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕..... ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้ จำนวน ๑ ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ตำแหน่ง .....
หัวหน้ากลุ่มงาน.....

งานแผนงานและยุทธศาสตร์ฯ
วันที่รับ.....
เวลา .....

แบบฟอร์ม ขออนุมัติแผนปฏิบัติการ (เพิ่มเติม)

๑. ชื่อแผนปฏิบัติการ (ที่เสนอเพิ่ม) :

_____

๒. ปีงบประมาณ : _____

๓. หน่วยงาน : _____ **ผู้รับผิดชอบ :**

_____ **ตำแหน่ง** _____

๔. วันที่ส่งเสนอ : _____

๕. ความเป็นมาและเหตุผล : (ระบุเหตุผลความจำเป็นในการขอเพิ่มแผนปฏิบัติการ เช่น มีโครงการ/กิจกรรมใหม่ที่จำเป็นต้องดำเนินการ, มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย/ภารกิจ, ได้รับจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับกิจกรรมเฉพาะ, เกิดสถานการณ์เร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ)

๖. สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ :

_____

๗. วัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการ :

- _____
- _____

๘. กลุ่มเป้าหมาย :

_____

๙. งบประมาณที่เสนอ : _____ บาท **แหล่งงบประมาณ :** _____

๑๐. ระยะเวลาดำเนินการ : จาก _____ ถึง _____ **สถานที่ดำเนินการ :** _____

๑๑. ผลที่คาดว่าจะได้รับ :

_____

๑๒. ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน / ทีม	**๑๓. ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพฯ**
[ ] เห็นชอบ [ ] ไม่เห็นชอบ (โปรดระบุเหตุผล) : .... **ลงชื่อ :** .... (..... .....) **ตำแหน่ง :** .... **วันที่ :** ..... /..... /.....	[ ] เห็นชอบ [ ] ไม่เห็นชอบ (โปรดระบุเหตุผล) : .... **ลงชื่อ :** ..... (นายเสกสรร ไข่เจริญ) **ตำแหน่ง :** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ **วันที่ :** ..... /..... /.....

๑๔. ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

[ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ (โปรดระบุเหตุผล) :

.....
.....

.....
.....

ลงชื่อ .....

(นายสุธน คุณรักษา)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลบางปะกง
วันที่ ...../...../.....

หมายเหตุ : กรุณาแนบแผนปฏิบัติการมาด้วยทุกครั้ง