

(ตัวอย่าง)

คำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

ที่...../.....

เรื่อง แต่งตั้งกรรมการรับส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

ตามที่ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๙ กำหนด
ให้การรับส่งเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินให้โรงพยาบาลและ
หน่วยบริการสาธารณสุข ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน
การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๕/๕ (๒) มาตรา ๓๕/๕ (๔) และมาตรา ๓๙ แห่ง
พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๒
มาตรา ๑๕ วรรคสองแห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ประกอบ
ความในข้อ ๓๕ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษา
เงินและการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.
๒๕๖๑ และข้อ ๒๔๑ ข้อ ๒๔๒ ข้อ ๒๔๓ และข้อ ๒๔๔ แห่งประกาศคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัด..... เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลขององค์การบริหาร
ส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม จึงแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตามบัญชีรายละเอียด
แนบท้ายนี้เป็นผู้รับผิดชอบการรับเงินส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

ให้ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งปฏิบัติหน้าที่ควบคุมการรับส่งเงินและจัดให้มีเจ้าหน้าที่ตำรวจรักษา
ความปลอดภัยด้วยก็ได้ และให้มีหลักฐานการรับส่งเงินระหว่างผู้มอบหรือผู้รับมอบเงินกับกรรมการผู้นำส่ง
หรือผู้รับไว้ทุกครั้ง หากกรรมการผู้ใดไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับแต่งตั้งไว้ ให้ผู้อำนวยการสถานี
นอมัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แจ้งนายกองการ
บริหารส่วนจังหวัด.....โดยด่วนเพื่อพิจารณาแต่งตั้งพนักงานส่วนท้องถิ่นหรือผู้ช่วยผู้บริหารท้องถิ่น
ปฏิบัติหน้าที่แทนชั่วคราว

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

สั่ง ณ วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(.....)

นายกองการบริหารส่วนจังหวัด.....

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งกรรมการรับส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

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

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

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งกรรมการรับส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

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

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

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งกรรมการรับส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

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

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

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งกรรมการรับส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

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

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

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งกรรมการรับส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

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

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

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งกรรมการรับส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

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

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

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งกรรมการรับส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

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

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

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งกรรมการรับส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

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

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

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งกรรมการรับส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

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

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

บัญชีรายละเอียดการแต่งตั้งกรรมการรับส่งเงินของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....

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

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