

ชื่อโครงการ.....

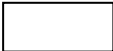
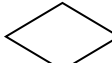
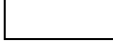
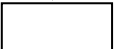
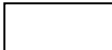
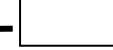
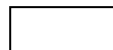
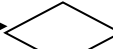
ผู้รับผิดชอบโครงการ.....

โทร.....

ผู้ประสานของกลุ่มงาน.....

โทร.....

NO...../๒๕๖๗

แผนภูมิการเสนอโครงการ สสจ.อุดรธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๗			เรื่อง การเสนอโครงการที่ขออนุมัติ กรณีเงินบำรุง /เงินกองทุนสุขภาพตำบล(สปสข.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗					
สัญลักษณ์								
 เริ่มต้น/สิ้นสุด  ดำเนินการ  ตัดสินใจ/พิจารณา  ต่อเนื่อง  ทิศทางการไหล								
ลำดับที่	ขั้นตอน	หน่วย บริการใน สังกัด สสจ.	งานธุรการ สสจ.	กลุ่มงานใน สสจ.	งาน ตรวจสอบ ภายใน/ ประกัน สุขภาพ	นพ.สสจ. อุดรธานี/ ผู้มีอำนาจ	ระยะเวลา	ลงลายมือชื่อ ผู้ตรวจ/วันที่รับ เอกสาร
๑	รับหนังสือนำส่งโครงการ ของหน่วยงานในสังกัด						๑ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....
๒	ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของโครงการฯ ทุกขั้นตอน เป็นไปตาม วัตถุประสงค์ของงบที่ใช้ หรือไม่						๒ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....
	๒) ตรวจสอบรายละเอียด งบประมาณเป็นไปตาม ระเบียบค่าใช้จ่ายในการ ฝึกอบรม/การจัดงาน/ ระเบียบเงินบำรุง						๒ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....
๓	๑)หน่วยงานในสังกัดนำ โครงการไปปรับแก้ไข				มีแก้ไข		๒ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....
	๒) กลุ่มงานรับโครงการที่ แก้ไขแล้ว				กรณีถูกต้อง			ลงชื่อ..... วันที่.....
๔	เสนอโครงการให้เลขา สสจ. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนเพื่อเสนอลงนาม อนุมัติ						๑ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....
๕	แจ้งผลการอนุมัติให้กลุ่มงาน รับผิดชอบสังกัด สสจ.เพื่อ รับโครงการอนุมัติ							๑ วัน
๖	แจ้งหน่วยบริการในสังกัด (รพศ./รพช./สสอ.) เพื่อรับ โครงการอนุมัติ						๑ วัน	ลงชื่อ..... วันที่.....

หมายเหตุ : ระยะเวลาดำเนินการโดยรวม ๑๐ วันทำการ (กรณีครบถ้วนถูกต้อง)

ขอให้กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง รวบรวมส่งกลับกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ ในวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน

เงินบำรุง ส่ง งานตรวจสอบภายใน ,เงินบำรุงของ รพ.อุดรธานี ส่ง งานการเงิน , เงินกองทุนสุขภาพตำบล ส่ง กลุ่มงานประกันสุขภาพ