

ใบเบิกเงิน

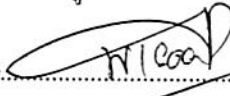
กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มาภาวะพึ่งพิง

ที่ LTC 001/2566

วันที่.. 16 มกราคม 2566..

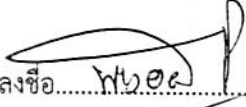
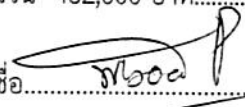
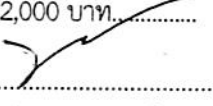
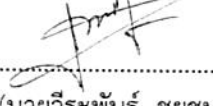
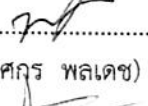
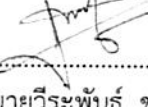
เรียน ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยไร่

ตามที่ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยไร่ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ให้แก่ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลห้วยไร่ จำนวน 462,000 บาท นั้น ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลห้วยไร่ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 462,000 บาท เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังกล่าว และได้แนบเอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นายไพฑูรย์ ทานะสิน จะเป็นผู้รับเงิน

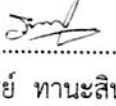
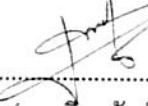
ลงชื่อ..... .....ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อปท.ที่ได้รับมอบหมาย)

(นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

<p>ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้ว มีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 462,000 บาท (สี่แสนหกหมื่นสองพันบาทถ้วน)</p> <p>ลงชื่อ..... .....ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์) (เจ้าหน้าที่ อปท.ได้รับมอบหมาย) วันที่ 16 มกราคม 2566</p>	<p>เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน 462,000 บาท.....</p> <p>ลงชื่อ..... ..... (นายวิสูตร พงศ์สิทธิศักดิ์) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ วันที่.....</p>
<p>เรียน ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน..... 462,000 บาท.....</p> <p>ลงชื่อ..... ..... (นายอภิดุล ทองวงษ์) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ เลขานุการอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว 16 มกราคม 2566</p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน..... 462,000 บาท.....</p> <p>ลงชื่อ..... ..... (นายวีระพันธ์ ชูขม) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว วันที่.....</p>
<p>จ่ายเป็น Δ เชื้อชีวิตพร้อม/ธนาฉัตติ Δ เงินสด Δ ทางธนาคาร ธนาคาร ธกส.สาขาห้วยไร่ บัญชีเลขที่ 020085315430 เลขที่เช็ค.....50928541.....ลงวันที่ 16 มกราคม 2565 จำนวนเงิน 462,000 บาท (สี่แสนหกหมื่นสองพันบาทถ้วน) จ่ายให้ ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ ตำบลห้วยไร่</p>	<p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ..... .....ผู้มีอำนาจลงนาม (นายพงศกร พลเดช) ลงชื่อ..... .....ผู้มีอำนาจลงนาม (นายวีระพันธ์ ชูขม)</p>

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

<p>ได้รับเงินจำนวน..... 462,000 บาท</p> <p>ลงชื่อ..... .....ผู้รับเงิน (นายไพฑูรย์ ทานะสิน) ตำแหน่ง ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการ ตำบลห้วยไร่ วันที่.....</p>	<p>ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 462,000 บาท</p> <p>ลงชื่อ..... .....ผู้จ่ายเงิน (นายวีระพันธ์ ชูขม) ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ วันที่.....</p>
---	---



เลขที่...../2566..

ใบเสร็จรับเงิน

วันที่ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

ข้าพเจ้า... (ชื่อ) ... (ที่อยู่) ... (อำเภอ) ... (จังหวัด) ... อำเภอ ... เมือง ... จังหวัด ... อานาจเจริญ ...
ตำบล ... อำเภอ ... จังหวัด ... อำเภอ ... เมือง ... จังหวัด ... อานาจเจริญ ...

ได้รับเงินจาก ... กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลห้วยไร่ ... ที่อยู่ ... หมู่ 6 ...
ตำบลห้วยไร่ อ.เมือง จ.อานาจเจริญ

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง	462,000.00
	462,000.00

จำนวนเงินสี่แสนหกหมื่นสองพันบาทถ้วน.....

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ (ลายเซ็น) ผู้รับเงิน

นางทิพวรรณ ทิพวงศ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ (ลายเซ็น) ผู้รับเงิน

นายไพฑูรย์ ทานะสิน

ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลห้วยไร่

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

เลขรับที่ 2563 เวลา 15:30 น.

วันที่ 27 ต.ค. 2565 ผู้รับ [Signature]



ที่ พิเศษ /๒๕๖๕

เรียน นายกององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

เลขรับที่ 218/๒๕ 01.๗๐

วันที่ ๓๑ ต.ค. ๒๕๖๕ ผู้รับ [Signature]

๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๕

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภักดีเจริญ

ต.ห้วยไร่ อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ ๓๗๐๐๐

เรื่อง ขอส่งแบบเสนอการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน นายกององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

- | | | | |
|------------------|---|----------|-----|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑.แบบฟอร์มแผนการดูแลระยะยาวปี ๒๕๖๖ | จำนวน ๑ | ชุด |
| | ๒.แผนการดูแลรายบุคคลเสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ | จำนวน ๗๗ | ชุด |

ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลห้วยไร่ มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นค่าบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน ๗๗ คน เป็นเงิน ๔๖๒,๐๐๐บาท(สี่แสนหกหมื่นสองพันบาทถ้วน)

ในการนี้ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลห้วยไร่ ขอส่งแบบเสนอการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุพึ่งพิง ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

เรียน นายกององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

- จัจฉ. ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลห้วยไร่
- ขอส่ง แบบเสนอ การจัด บริการ ดูแล ระยะยาว สำหรับ ผู้สูงอายุ ที่ มี ภาวะ พึ่งพิง

- เพื่อไม่รบกวน
ชงดรีซ

ขอแสดงความนับถือ

[Signature]

(นายไพฑูรย์ ทานะสิน)

ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลห้วยไร่

[Signature]
(นายพงษ์กร พลเดช)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

(นายอภิคุณ ทองวงษ์)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

- [Signature]
[Signature]

(นายวิสูตร พงศ์สิทธิ์ศักดิ์)

(นายวิระพันธ์ ชยชม)

แบบฟอร์มข้อเสนอ

ขอการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ชื่อหน่วยงาน ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลห้วยไร่
ตำบล...ห้วยไร่.....อำเภอ... เมือง.....จังหวัด...อำนาจเจริญ...

ส่วนที่ ๑ ข้อเสนอ

(ส่วนนี้สำหรับหน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน)

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลห้วยไร่ ตำบลห้วยไร่ อำเภอเมือง.จังหวัดอำนาจเจริญ มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ โดยขอรับการสนับสนุน เพื่อเป็นค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศกรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๗๗ ราย จำนวน..๔๖๒,๐๐๐....บาท (...สี่แสนหกหมื่นสองพันบาทถ้วน..) รายละเอียดดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง								รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน ทางสมอง		กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง		กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง		กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	งบประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บาท)
๕๓	๒๘๒,๐๐๐	๙	๕๑,๐๐๐	๑๕	๑๒๙,๐๐๐	-	-	๗๗	๔๖๒,๐๐๐

ระยะเวลาดำเนินการ.....ตุลาคม ๒๕๖๕ - กันยายน ๒๕๖๖.....

ทั้งนี้ แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ปรากฏรายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ลงชื่อ..........ผู้จัดทำข้อเสนอ

(..นายไพฑูรย์ ทานะสิน ..)

ตำแหน่ง กำนันตำบลห้วยไร่
ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลห้วยไร่

วันที่ ๒๕ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕.

แบบฟอร์มแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ชื่อหน่วยหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายไร่....ชื่อ อบต./เทศบาล ท้ายไร่ อำเภอ..เมือง ...จังหวัด..อำนาจเจริญ.

ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	บริการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข	ชื่อ - นามสกุล	ลำดับที่	เลขที่บัตรประชาชน
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	นางเดียน ธรรมโรจน์ /	ชื่อ - นามสกุล	๑	๓๓๔๑๖๐๐๙๗๙๗๑
	นางหนูเต็ม นันทะมาต		๒	๓๓๔๑๖๐๐๙๗๓๓๒๑
	นางสาย บุญเมือง	๑๗	๓	๓๓๔๑๖๐๐๘๘๑๙๐๖
	นางบัวลอน บุญธรรม		๔	๓๔๓๐๗๐๐๒๖๘๖๓๕
	นางสมคิด วงค์ขมภู	๑๗	๕	๓๒๕๐๖๐๐๓๐๑๕๒๗
	นางจันทร์ มะโนรัตน์	๑๗	๖	๓๓๔๑๖๐๐๙๘๑๗๕๑
	นายบุญยัง ธาระพันธ์		๗	๓๓๔๑๖๐๐๘๗๗๕๘๗
	นางมี โมริพันธ์		๘	๓๓๔๑๖๐๐๘๘๕๒๐๗๕
	นายทองแดง บุญสุภาพ	-	๙	๓๓๔๑๖๐๐๙๗๕๑๗๙
	นางสังวาล บุญขาว	/	๑๐	๓๓๔๑๖๐๐๙๘๐๘๖๖
	นางบุญยืน มิ่งขวัญ	๑๗	๑๑	๕๓๔๑๖๐๐๑๑๓๓๕๕๙
	นางสมดี สุวะมาตย์		๑๒	๓๓๔๑๖๐๐๙๖๘๒๐๓
	นายนิรันดร์ พวงจันทร์		๑๓	๓๓๔๑๖๐๐๙๗๑๑๒๓
	นางคำ นามสร	๑๗	๑๔	๓๓๔๑๖๐๐๙๗๒๒๗๕
	นายเสน ศาสตราชัย		๑๕	๓๓๔๑๖๐๐๙๖๙๑๗๐
	นางห่มพิน ภูตะเวช		๑๖	๓๓๔๑๖๐๐๙๗๐๐๓
	นางแก้ว เพ็ญธรรม		๑๗	๓๓๔๑๖๐๐๙๖๗๙๒๔
	นายเพ็ญ สุวิวงศ์	๑๗	๑๘	๓๓๔๑๖๐๐๙๗๙๒๕๘
	นายจันทา เนตรพันธ์	๑๗	๑๙	๓๓๔๑๖๐๐๙๗๖๓๐
	นางพึง หม่อง ๑๗	๑๗	๒๐	๓๓๔๑๖๐๐๙๗๕๕๕
	นางเฉลียว จตุรัส	๑๗	๒๑	๓๓๔๑๖๐๐๙๖๘๒๒๖

	๒๒	นายบุญกาง แคนพนา	๙๗	๓๓๔๑๖๐๐๙๗๖๐๕๒
	๒๓	นายคำศรี กาทจันทร์		๓๓๔๑๖๐๐๙๗๔๓๗๘
	รวมจำนวน.....๒๓.....คน			
กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสืบสานทางสมอง	๑	นายชน เชื้อนิล		๓๓๔๑๖๐๐๙๘๘๑๔๘๕
	๒	นางสาววรรณภา สุวะรักษ์		๑๓๔๑๖๐๐๒๕๒๒๒๑
	๓	นางสาวกอสัน นีระวงษ์	✓	๑๓๗๐๑๐๐๒๐๔๙๑
	รวมจำนวน.....๓.....คน			
๔กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	๑	นายดำไฟ บุญเมือง	✓ ADL 3.	๓๓๔๑๖๐๐๙๘๐๙๔๗
	๒	นายไพฑูรย์ พวงจันทร์		๓๓๔๑๖๐๐๙๗๕๗๓
	๓	นายนิคม สินชู		๓๓๔๑๖๐๐๕๙๔๔๑๙
	๔	นายบุญเดือน ศรีแก้ว		๓๔๑๐๓๐๐๒๕๘๗๕
	๕	เด็กชายสหกรณ์ ภาวะพันธุ	✓	๓๓๔๑๖๐๐๘๗๙๔๗๒
	รวมจำนวน.....๕.....คน			
กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต				
	รวมจำนวน.....๐.....คน			
	รวมทั้งหมดจำนวน.....๓๑.....คน			

หมายเหตุ รายการตามแบบฟอร์มนี้ให้จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้กรมอนามัยและ สปสช. และ เทศบาล หรือ อบต. เพื่อ สปสช.จะได้จัดสรรงบประมาณให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อไป



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ โทร. ๐๔๕-๕๒๓๙๑๘.

ที่ อจ ๗๕๖๐๖/ ๐๗๖

วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ประจำเดือน มกราคม ๒๕๖๕
เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

เรื่องเดิม

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ ได้มีคำสั่งแต่งตั้งอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ กับ นางศรีบังอร วงศ์จันทร์ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ เป็นระยะเวลา ๑๑ เดือน ฤๅละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ข้อเท็จจริง

อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่ ได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan โดยปฏิบัติงานวันละไม่น้อยกว่า ๘ ชั่วโมง และไม่น้อยกว่าเดือนละ ๒๐ วัน เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ข้อระเบียบกฎหมาย

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจสอบเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ข้อพิจารณา

ดังนั้น จึงขออนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น โดยเบิกจ่ายจากบัญชีงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ แผนงานสาธารณสุข งานบริการสาธารณสุขและงานสาธารณสุขอื่น งบดำเนินงาน หมวดค่าตอบแทน ประเภทค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติราชการอันเป็นประโยชน์แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจ่ายเป็นค่าป่วยการชดเชยเป็นการทำงานหรือเวลาที่เสียไปแก่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น จำนวนเงิน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ให้แก่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ

(นายวิสูตร พงษ์สิทธิ์ศักดิ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการแทน
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ความคิดเห็นของรองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล.....

นางพิชญ์ชนก อนุวัฒน์

ลงชื่อ



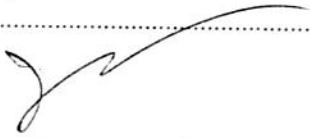
(นางพิชญ์ชนก อนุวัฒน์)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

ความคิดเห็นของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล.....

นายอภิคุณ ทองวงษ์

(ลงชื่อ)



(นายอภิคุณ ทองวงษ์)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

ความคิดเห็นของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ)



(นายวีระพันธ์ ชูขม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่