



ที่ นน ๐๐๓๒.๐๐๑.๑/๓๓๗/๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ถนนน่าน - พู่ช้าง ตำบลผาสิงห์
อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ส่งสำเนาหนังสือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือมูลนิธิแพथ้อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ที่ สว (ว) ๓๓/๒๕๖๑
ลงวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๑

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ขอส่งสำเนาหนังสือมูลนิธิแพथ้อาสาสมเด็จ
พระศรีนครินทราบรมราชชนนี ที่ สว (ว) ๓๓/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๑ เรื่อง ขอบปฏิบัติเงินอุดหนุน
หมูนเวียน พอ.สว.ประจำจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๑ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยพร้อมหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

นายนิพนธ์ พัฒนกิจเรือง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

กลุ่มงานบริหารทั่วไป (การเงินและบัญชี)

โทร. ๐ ๕๔๖๐ ๐๐๗๖

โทรสาร ๐ ๕๔๖๐ ๐๐๗๐

หมายเหตุ ดาวน์โหลดสำเนาหนังสือตามสิ่งที่ส่งมาด้วยได้ที่ www.nno.moph.go.th



มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี 1.ก.ค. 2561

693 ถนนบำรุงเมือง แขวงคลองมอหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2226-5666 โทรสาร 0-2225-5411, 0-2225-5510

www.pmmv.or.th, E-mail : mophadmin@gmail.com

ศาลากลางจังหวัดน่าน

เลขที่รับ 68/4

วันที่ 10 ก.ค. 2561

เวลา

นางนงลักษณ์ สาขวงค์

เลขที่รับ 4619

วันที่ 10 ก.ค. 2561

เวลา 8.50

งานการเงินและบัญชี

เลขที่ 1306

วันที่ 10 ก.ค. 2561

เวลา 11.40

ที่ สว (ว) ๓๓ /๒๕๖๑

กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ข้อปฏิบัติเงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๑

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน

ประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัดน่าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ข้อปฏิบัติเงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๑

ด้วยมูลนิธิ พอ.สว. ได้พิจารณาปรับปรุงข้อปฏิบัติเงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความสะดวกรวดเร็วสำหรับผู้ปฏิบัติ และสอดคล้องกับการปฏิบัติการของมูลนิธิ จึงขอยกเลิกข้อปฏิบัติเงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๙ และให้ใช้ข้อปฏิบัติที่แนบมาพร้อมนี้แทน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดพิจารณาดำเนินการแจ้งผู้เกี่ยวข้องให้ถือปฏิบัติต่อไปด้วย
จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นพ.สสจ.น่าน

ขอแสดงความนับถือ

- มูลนิธิ พอ.สว. แจ้งปรับปรุงข้อปฏิบัติ

เงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๑

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความสะดวกรวดเร็ว

สำหรับผู้ปฏิบัติ ขอยกเลิกข้อปฏิบัติเงินทดรองหมุนเวียน

พ.ศ. ๒๕๕๙ และให้ใช้ข้อปฏิบัติ พ.ศ. ๒๕๖๑ แทน

- จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติต่อไป

(นายแพทย์ยุทธ โพธารามิก)

เลขาธิการมูลนิธิ พอ.สว.

(นางนงลักษณ์ สาขวงค์)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน,

๑๓ ก.ค. ๒๕๖๑

(นายนิพนธ์ พัฒนกิจเรือง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

๑๙ กค ๒๕๖๑

งานการเงิน

ต่อ ๒๓๐๖

สำเนาส่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

กรรมการและเลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

๑๖ ก.ค. ๒๕๖๑

ข้อปฏิบัติเงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด

พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. เงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด หมายถึง เงินที่สำนักงานมูลนิธิ พอ.สว. จัดสำรองไว้ใช้จ่ายในงาน พอ.สว. ของจังหวัดให้อยู่ในความรับผิดชอบของเลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด ในวงเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) เพื่อใช้จ่ายและสามารถเบิกจ่ายคืนได้จากสำนักงานมูลนิธิ พอ.สว. ดังรายการต่อไปนี้
 - ๑.๑ ค่าอาหารกลางวันสำหรับอาสาสมัครในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ไม่เกิน ๔๐ คน อัตรา ๗๐ บาทต่อวันต่อคน
 - ๑.๒ ค่าอาหารกลางวันสำหรับอาสาสมัครที่ออกปฏิบัติงานรถทันตกรรมเคลื่อนที่ พอ.สว. ไม่เกิน ๒๐ คน อัตรา ๗๐ บาทต่อวันต่อคน
 - ๑.๓ ค่าอาหารและค่าพาหนะ สำหรับผู้ป่วยส่งต่อในพระราชานุเคราะห์ ญาติและผู้นำส่ง ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาแล้ว (ตามข้อปฏิบัติว่าด้วยการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ พ.ศ. ๒๕๕๘ สิทธิที่ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ได้รับ ข้อ ๒ - ๔)
 - ๑.๔ ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลจังหวัด รายละเอียดไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) ต่อครั้ง ให้อนุมัติและเบิกจ่ายจากเลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด
 - ๑.๕ ค่าใช้จ่ายอื่น ซึ่งสำนักงานมูลนิธิ พอ.สว. ให้ความเห็นชอบ
๒. เงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด ให้นำฝากธนาคารของรัฐตามที่คณะกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัดเห็นสมควร โดยระบุชื่อบัญชี เงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด ประเภทออมทรัพย์ การลงนามสั่งจ่ายเงินจะต้องมีลายมือชื่อประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัด หรือ เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด ร่วมกับเหรียญกษาปณ์ หรือ เจ้าหน้าที่การเงินที่ได้รับการแต่งตั้งจากประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัด ซึ่งได้แจ้งให้สำนักงานมูลนิธิ พอ.สว. ทราบแล้ว
๓. การเบิกเงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด
 - ๓.๑ ให้ผู้เบิกทำใบสำคัญจ่ายเงิน (แบบ ๒/๑๖) ยื่นต่อเจ้าหน้าที่การเงินและให้เจ้าหน้าที่การเงินระบุเลขที่ใบเบิกเรียงกันตามลำดับ
 - ๓.๒ เมื่อเจ้าหน้าที่การเงิน ได้รับและตรวจสอบใบสำคัญจ่ายเงินจากผู้เบิกถูกต้องครบถ้วนแล้ว ให้เสนอขออนุมัติจากประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัด หรือ เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัดต่อไป
๔. การจัดทำบัญชีเงินทดรองจ่ายหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด รวมทั้งการเบิกชดเชยให้ดำเนินการดังต่อไปนี้
 - ๔.๑ ให้เจ้าหน้าที่การเงิน จัดทำบัญชีเงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด พร้อมทั้งแสดงยอดคงเหลือให้เหรียญกษาปณ์ทราบทุกครั้งที่มีการเบิกชดเชย และให้ทำใบสรุปการใช้จ่ายเงิน (แบบ ๒/๑๗) ส่งให้เหรียญกษาปณ์พร้อมใบสำคัญจ่ายเงิน (แบบ ๒/๑๖) และใบสำคัญคู่จ่าย เพื่อตรวจสอบทุกครั้งที่มีการเบิกชดเชย

(นางสาวสมใจ เชื้อพุดซา)
ผู้ช่วยหัวหน้างานการเงิน

๕. 5 ก.ก. 2561

- ๔.๒ ให้เหรียญกษาปณ์ ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้จ่ายเงิน แล้วส่งใบสรุปการใช้จ่ายเงิน (แบบ ๒/๑๗) ใบสำคัญจ่ายเงิน (แบบ ๒/๑๖) และใบสำคัญคู่จ่ายให้เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด เพื่อขอเบิกชดเชยจากสำนักงานมูลนิธิ พอ.สว. และให้จัดส่ง (แบบ ๒/๑๗), (แบบ ๒/๑๖) และใบสำคัญคู่จ่าย เพื่อเบิกชดเชยจากสำนักงานมูลนิธิ พอ.สว. อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป
๕. เมื่อจังหวัดยกเลิกการเป็นจังหวัด พอ.สว. ให้จังหวัดส่งเงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด จำนวนเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) คืนให้สำนักงานมูลนิธิ พอ.สว.
๖. เอกสารประกอบการเบิกเงินชดเชยเงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด มีดังต่อไปนี้
- ๖.๑ ค่าอาหารกลางวันอาสาสมัครในการออกปฏิบัติงาน
- แบบ ๒/๑๖ ใบสำคัญจ่ายเงิน มูลนิธิ พอ.สว.
 - แบบ ๒/๑๗ ใบสรุปการใช้จ่ายเงิน มูลนิธิ พอ.สว.
 - แบบ ๒/๒๕ ใบสำคัญรับเงินค่าอาหาร มูลนิธิ พอ.สว.
 - แบบ ๒/๒๘ ใบสำคัญรับเงิน (ค่ารถ ค่าเรือ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง)
 - แบบ ๓/๕ รายงานการปฏิบัติงาน พอ.สว. (หน่วยแพทย์เคลื่อนที่)
 - แบบ ๓/๒๓ รายงานการปฏิบัติงาน พอ.สว. (กิจกรรมรณรงค์การเคลื่อนที่)
- ๖.๒ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย รายละเอียดไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาทต่อครั้ง
- แบบ ๑/๑๐ แบบส่งตัวผู้ป่วย (งานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ในจังหวัด)
 - แบบ ๑/๑๕ รายงานการวินิจฉัยโรค หรือใบรับรองแพทย์ หรือใบนัด
 - ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล
 - แบบส่งต่อผู้ป่วยให้ใช้เอกสารของโรงพยาบาลแทน
- ๖.๓ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วย (ค่าอาหาร ค่าพาหนะของผู้ป่วยและญาติ)
- แบบ ๑/๑๐ แบบส่งตัวผู้ป่วย (งานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ในจังหวัด)
 - แบบ ๑/๑๕ รายงานการวินิจฉัยโรค หรือใบรับรองแพทย์ หรือใบนัด
 - แบบ ๒/๒๓ ใบสำคัญรับเงิน มูลนิธิ พอ.สว.
 - แบบ ๒/๒๔ ใบรับรองแทนใบเสร็จ มูลนิธิ พอ.สว.
 - แบบส่งต่อผู้ป่วยให้ใช้เอกสารของโรงพยาบาลแทน
- ๖.๔ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม
- โครงการฝึกอบรม
 - แบบ ๒/๒๙ ใบสำคัญรับเงิน
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับเงิน
 - กำหนดการฝึกอบรม
 - รายชื่อผู้เข้าฝึกอบรม

ทั้งนี้ ให้ถือปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๑ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๑

(นายแพทย์ยุทธ โพธารามิก)
เลขาธิการมูลนิธิ พอ.สว.

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวกมลทิพย์ เกียรติกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานมูลนิธิ

พ.๕ ก.ค. ๒๕๖๑

ใบสำคัญรับเงิน

ที่.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ได้รับเงินจาก.....
ดังรายการต่อไปนี้ :-

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าเรือ / ค่าแพขนานยนต์ / ค่ารถรับจ้าง (ไป - กลับ) จาก ถึง..... ในวันที่		
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง (ไป - กลับ) จาก ถึง		
ในวันที่		
รวม		

จำนวนเงิน

(ลงชื่อ)ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ใบสำคัญรับเงิน

ที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก.....

ดังรายการต่อไปนี้ :-

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ชื่อโครงการ.....		
สถานที่ ณ จังหวัด..... ในวันที่.....		
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน คน คนละ บาท เป็นเงิน		
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน คน คนละ บาท เป็นเงิน		
รวม		

จำนวนเงิน

(ลงชื่อ)ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน

(.....)