



ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๒/ ๑๗๔๑

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

๔ ถ.อธิปัตย์ ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี

๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญประชุมเพื่อหารือแนวทางการจัดทำหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านบัญชี และหลักเกณฑ์การตรวจสอบบทลง Electronic ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๒

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๘, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง จะประชุมเพื่อหารือแนวทางการจัดทำหลักสูตรการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านบัญชี และหลักเกณฑ์การตรวจสอบบทลง Electronic ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๘ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ในการนี้ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ

๑. หัวหน้างานการเงินและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบติดตาม กำกับ การจัดทำรายงานบัญชีของหน่วยบริการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง
๒. ผู้รับผิดชอบงานบัญชีของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง แห่งละ ๑ คน
๓. ตัวแทนผู้รับผิดชอบรายงานบัญชีของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดละ ๑ คน (โดยขอให้งานการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดคัดเลือก)

เข้าร่วมประชุมในวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมการบูร ชั้น ๕ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ อ.เมือง จ.อุดรธานี และได้โปรดส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุมทาง E-MAIL : Rswaycfo@gmail.com ภายในวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๑ ทั้งนี้ ค่าใช้จ่าย ค่าเบี้ยเลี้ยง, ค่าที่พัก และค่าพาหนะเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเข้าร่วมประชุม

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมิต ประสันนาการ)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง

โทร. ๐ ๔๒๒๑ ๙๒๐๗ ต่อ ๓๑๘

โทรสาร. ๐ ๔๒๒๑ ๒๐๙

ผู้ประสาน นางโสภา แสงนิล ๐๙ ๕๖๖๔ ๗๔๙๑

แบบตอบรับ

การประชุม เรื่อง “เพื่อหาแนวทางการจัดทำหลักสูตรการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านบัญชี และหลักเกณฑ์การตรวจสอบงบทดลอง Electronic ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๘”

วันพุธที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๙.๐๐ น. – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมการบูร ชั้น ๕ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail

☐ สามารถเข้าร่วมประชุมได้

☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ โดยได้มอบหมายให้ผู้แทนดังต่อไปนี้เป็นผู้เข้าร่วมประชุมแทน

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail

ลงชื่อ.....ผู้เข้าประชุม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

* ทั้งนี้ สำหรับผู้เดินทางจากต่างจังหวัดขอให้จองที่พักด้วยตนเอง และนำใบเสร็จรับเงินมาเบิกค่าใช้จ่าย
กรุณาส่งแบบตอบรับภายในวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๑
กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
โทรศัพท์ /โทรสาร โทร. ๐ ๔๒๒๑ ๙๒๐๗ ต่อ ๓๐๘/ ๐ ๔๒๒๑ ๒๐๙