

ตารางการปรับเทียบเงินกันระดับเขต ส่วนที่กัน 15 % ครั้งที่ 1/2563 จำนวน 18,638,971.73 บาท

จัดสรรให้หน่วยบริการในจังหวัด .....

ส่งกลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ภายในวันที่ 21 พฤษภาคม 2563

| ลำดับที่        | จังหวัด | โรงพยาบาล | จำนวนเงินที่ปรับเทียบให้ | กรณีระบุเหตุผลที่ปรับเทียบให้หน่วยบริการนี้ |
|-----------------|---------|-----------|--------------------------|---------------------------------------------|
| 1               |         |           |                          |                                             |
| 2               |         |           |                          |                                             |
| 3               |         |           |                          |                                             |
| 4               |         |           |                          |                                             |
| 5               |         |           |                          |                                             |
| 6               |         |           |                          |                                             |
| 7               |         |           |                          |                                             |
| 8               |         |           |                          |                                             |
| 9               |         |           |                          |                                             |
| 10              |         |           |                          |                                             |
| 11              |         |           |                          |                                             |
| 12              |         |           |                          |                                             |
| 13              |         |           |                          |                                             |
| 14              |         |           |                          |                                             |
| 15              |         |           |                          |                                             |
| 16              |         |           |                          |                                             |
| 17              |         |           |                          |                                             |
| 18              |         |           |                          |                                             |
| 19              |         |           |                          |                                             |
| 20              |         |           |                          |                                             |
| 21              |         |           |                          |                                             |
| รวมจังหวัด..... |         |           |                          |                                             |

ทั้งนี้ ได้รับทราบเกณฑ์การประเมินผลประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของระดับจังหวัด ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2 เรียบร้อยแล้ว จึงได้ลงนาม มาพร้อมส่งผลการปรับเทียบเงินให้หน่วยบริการในจังหวัดตามข้อมูล ที่ส่งมาด้วยนี้

ลงชื่อ

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด .....

วันที่ .....