

 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** สำนักงานเลขานุการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โทร.3226

**ที่** อว ๐๖๐๔.๒๐/พิเศษ **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติเบิกจ่ายกรณีผู้ร่วมกิจกรรมไม่ครบตามจำนวนที่กำหนดในโครงการ [ระบุชื่อโครงการ]

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ (ผ่านรองคณบดีฝ่าย...........)

 ด้วย คณะพยาบาลศาสตร์ ได้ดำเนินการจัดกิจกรรม [ระบุชื่อกิจกรรม] ตามแผนงาน/โครงการ [ระบุชื่อโครงการ] ในวันที่ [ระบุวันที่] ณ [สถานที่จัดกิจกรรม] ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการตามแผนงานและงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ตามบันทึกข้อความที่ [ระบุบันทึกที่ได้รับอนุมัติ] ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบกิจกรรมได้ดำเนินการสำรวจผู้เข้าร่วมกิจกรรม (ตามเอกสารแนบ) จากการตรวจสอบจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่ามีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน [ระบุจำนวนคนที่เข้าร่วม] คน คิดเป็นร้อยละ [ระบุเปอร์เซ็นต์] ของจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่คาดการณ์ไว้ทั้งหมด [ระบุจำนวนเป้าหมาย] คน โดยสาเหตุที่จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามเป้าหมายเนื่องจาก [ระบุสาเหตุ เช่น การติดภารกิจส่วนตัว, การแจ้งยกเลิกเข้าร่วมในนาทีสุดท้าย หรือสภาพอากาศไม่เอื้ออำนวย] ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

 ในการนี้ จึงขออนุมัติเบิกจ่ายเงินสำหรับการดำเนินการกิจกรรมดังกล่าวภายในที่ได้จำนวนเงินที่ได้รับการอนุมัติและจ่ายจริง โดยขอชี้แจงว่าได้ดำเนินการจัดกิจกรรมครบถ้วนตามแผนงานที่กำหนดไว้ และการเบิกจ่ายเป็นไปตามระเบียบ/ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ลงชื่อ......................................

 (ระบุชื่อและตำแหน่ง)

 [ตำแหน่ง/ฝ่ายงานที่เกี่ยวข้อง]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดีฝ่ายบริหาร)**  งานการเงินและบัญชี ได้ทำการตรวจสอบเอกสารขออนุมัติแล้ว ถูกต้องเห็นควรอนุมัติลงชื่อ...........................................(นางสาววิไลลักษณ์ มารุพันธ์) นักวิชาการเงินและบัญชีวันที่............................................. | **ความเห็นรองคณบดีฝ่ายบริหาร** **( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ** ..................................................................................................................ลงชื่อ...........................................(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภูษณิศา มีนาเขตร)รองคณบดีฝ่ายบริหารวันที่............................................. | **ความเห็นของคณบดี****( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ**.........................................................................................................ลงชื่อ...........................................(ผู้ช่วยศาตราจารย์สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ )คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีวันที่............................................. |

**เอกสารหลักฐานโปรดแนบมาพร้อมกับบันทึกข้อความขออนุมัติเบิกจ่าย**

1. เอกสารขออนุมัติค่าใช้จ่าย โครงการ/กิจกรรม

2. แบบสำรวจผู้เข้าเข้ากิจกรรม , ใบลงรายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม

3. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)