

แผนคำขอรายการงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายลักษณะงบลงทุน (20 %)  
 เครือข่ายอำเภอ/ชื่อ หน่วยบริการ.....จังหวัดนครศรีธรรมราช  
 สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานสกา

ลำดับ	ปีงบประมาณ	รหัสหน่วย บริการแม่ ข่าย (รพ.)	ชื่อหน่วย บริการแม่ข่าย (รพ.)	รหัส หน่วย บริการ ลูกข่าย (รพ.สต.)	ชื่อหน่วยบริการลูกข่าย (รพ.สต.)	รายการสิ่งก่อสร้าง/ครุภัณฑ์	*กรณีครุภัณฑ์ให้ระบุ รหัสครุภัณฑ์ที่ทดแทน	จำนวน	ราคากลาง	ราคาต่อหน่วย (บาท)	รวมวงเงิน	จำนวนเงิน (สปสช.)	จำนวนเงินสมทบ	เหตุ/คำชี้แจง
	2561	11324	รพ.ลานสกา	08782	รพ.สต.บ้านมะม่วงทอง									
										รวมเงิน				

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง .....  
 ผู้จัดทำ/เสนอแผน (ฝ่ายบริหารฯ)  
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง .....  
 ผู้ตรวจแผน