

รายงานการเรียไร และการให้หรือรับของขวัญหรือประโยชน์อื่นใด

กรณีที่หน่วยงานดำเนินการเรียไร
คำอธิบาย กรอกรหัสข้อมูลกรณีการเรียไรโดยระบุจำนวนครั้งตามการดำเนินการ

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางสะพานน้อย

*หมายเหตุ ได้รับยกเว้นไม่ต้องขออนุมัติตาม ข้อ 19

- 1 = เป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล และมีมติคณะรัฐมนตรีให้เรียไรได้
- 2 = เป็นการเรียไรที่รัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐจำเป็นต้องดำเนินการ เพื่อช่วยเหลือผู้เสียหาย หรือบรรเทาความเสียหายที่เกิดจากสาธารณภัยหรือเหตุการณ์ใดที่สำคัญ
- 3 = เป็นการเรียไรเพื่อร่วมกันทำบุญเนื่องในโอกาสการทอดผ้าพระกฐินพระราชทาน
- 4 = เป็นการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเรียไรตามข้อ 18 (4) ซึ่ง กคร. ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ยกเว้นให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการได้โดยไม่ต้องขออนุมัติ
- 5 = เป็นการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐอื่นที่ได้รับอนุมัติหรือได้รับยกเว้นในการขออนุมัติ ตามระเบียบนี้แล้ว

ประเภทการเรียไร	การดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการเรียไรของหน่วยงานของ พ.ศ. 2566 (ครั้ง)			
	ขออนุญาตจาก กคร. ตามข้อ 18	ไม่ได้ขออนุญาตจาก กคร. (กรณีวงเงินไม่เกิน 500,000)	ได้รับยกเว้นไม่ต้องขออนุมัติตาม ข้อ 19	รวมจำ (ครั้ง)

1) การเรียไรเพื่อประโยชน์ของหน่วยงาน

(1) ทอดผ้าป่า	0	0	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">1 0</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2 0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 0</td> <td style="text-align: center;">4 0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">5 0</td> </tr> </table>	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0		0
1 0	2 0									
3 0	4 0									
5 0										
(2) ทอดกฐิน	0	0	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">1 0</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2 0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 0</td> <td style="text-align: center;">4 0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">5 0</td> </tr> </table>	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0		0
1 0	2 0									
3 0	4 0									
5 0										
(3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อการกุศล	0	0	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">1 0</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2 0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 0</td> <td style="text-align: center;">4 0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">5 0</td> </tr> </table>	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0		0
1 0	2 0									
3 0	4 0									
5 0										

- จำนวนกระเป่า	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>2</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>4</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text" value="0"/></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>	3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>	5	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>
1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>													
3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>													
5	<input type="text" value="0"/>															
- จำนวนแก้วน้ำ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>2</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>4</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text" value="0"/></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>	3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>	5	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>
1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>													
3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>													
5	<input type="text" value="0"/>															
- จำนวนหมวก	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>2</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>4</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text" value="0"/></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>	3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>	5	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>
1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>													
3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>													
5	<input type="text" value="0"/>															
- จำนวนสลากรากชาด	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>2</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>4</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text" value="0"/></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>	3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>	5	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>
1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>													
3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>													
5	<input type="text" value="0"/>															
- อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>2</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>4</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text" value="0"/></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>	3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>	5	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>
1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>													
3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>													
5	<input type="text" value="0"/>															
(4) รับประทานอาหารเพื่อ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>2</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>4</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text" value="0"/></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>	3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>	5	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>
1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>													
3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>													
5	<input type="text" value="0"/>															
- ก่อสร้างอาคาร	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>2</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>4</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text" value="0"/></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>	3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>	5	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>
1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>													
3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>													
5	<input type="text" value="0"/>															
- ซ่อมแซมอาคาร	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>2</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>4</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text" value="0"/></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>	3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>	5	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>
1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>													
3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>													
5	<input type="text" value="0"/>															
- จัดซื้อวัสดุ - ครุภัณฑ์ทางการแพทย์	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>2</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="text" value="0"/></td><td>4</td><td><input type="text" value="0"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="text" value="0"/></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>	3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>	5	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>
1	<input type="text" value="0"/>	2	<input type="text" value="0"/>													
3	<input type="text" value="0"/>	4	<input type="text" value="0"/>													
5	<input type="text" value="0"/>															

ขอแจ้งให้ทราบว่า ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้น และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม
 หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อฝ่ายบริหารโครงการ โทร. 02-254-1111

- รุ่งมาราธอน	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- ฟุตบอล	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- คอนเสิร์ต	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- ใต้ชีวิตโค-กระบือ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำนวนายเสือ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำนวนายเข็มกลัด	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำนวนายกระเป่า	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำนวนายแก้วน้ำ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำนวนายหมวก	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

บริษัท เติมเพอริแมล

ผู้บันทึก :	นางสาวมัยธิดา โพธิ์ศาล	ผู้ตรวจ :	นายดำรงศักดิ์ เชื้อแถว
เบอร์โทรศัพท์ :	0887609427	สอบ :	

๒ ฉบับต่อข้อมูล
← ยืนยันการส่งข้อมูล

วันที่	สถานที่	เวลา	ผู้บันทึก

กรุณากรอกจำนวนครั้งที่ได้รับ

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางสะพานน้อย

ของขวัญหรือประโยชน์อื่นใดที่ได้รับมูลค่าเกิน 3,000 บาท	จำนวนครั้งที่ได้รับ (ครั้ง)
1. ได้รับจาก	<input type="text" value="0"/>
1.1 ภาครัฐ	<input type="text" value="0"/>
1.2 ภาคเอกชน	<input type="text" value="0"/>
1.3 ประชาชน	<input type="text" value="0"/>
1.4 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
รวม	<input type="text" value="0"/>

กรุณาระบุรายละเอียดของขวัญที่ได้รับจากข้อ 1 ได้รับจาก ตำแหน่งการดังนี้	
2.รับในนาม	
2.1 หน่วยงาน	<input type="text" value="0"/>
2.2 รายบุคคล รายงานเมื่อมีการรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดเกิน 3,000 บาท ตามแบบฟอร์มทำยประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดโดยธรรมจรรยาของเจ้า พนักงานของรัฐ พ.ศ. 2563 (https://stopcorruption.moph.go.th/app/gift/upload/files/S-2563.pdf) และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการให้หรือรับของขวัญของเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. 2565 (https://stopcorruption.moph.go.th/app/gift/upload/files/S-2565.pdf)	<input type="text" value="0"/> แบบหลักฐาน กรณี รับในนามราย บุคคล **เอกสารแนบขนาดไม่เกิน 2MB นามสกุล pdf / jpg / png / zip <input type="button" value="Choose File"/> No fil...hosen
3.โอกาสในการรับ	
3.1 เทศกาลต่าง ๆ (เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์)	<input type="text" value="0"/>
3.2 โอกาสสำคัญ (เช่น เกษียณอายุ แสดงความยินดี แสดงความขอบคุณ)	<input type="text" value="0"/>
3.3 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>

4.การดำเนินการ	
4.1 ให้อีเมลถึงเป็นประโยชน์ส่วนบุคคล	0
4.2 ส่งคืนแก่ผู้ให้	0
4.3 ส่งมอบให้แก่หน่วยงาน	0
4.4 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	0
ผู้บันทึก : นางสาวปียธิดา โพธิ์คาด เบอร์โทรติดต่อ : 0887609427	ผู้ตรวจสอบ : นายดำรงศักดิ์ เขื่อนแก้ว

<input type="checkbox"/> อัปเดตข้อมูล
<input type="checkbox"/> ยืนยันการส่งข้อมูล

กรณารอกจำนวนครั้งที่ได้รับ

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางสะพานน้อย

one_other_detail

ของขวัญหรือประโยชน์อื่นใดที่ได้รับมูลค่าไม่เกิน 3,000 บาท	จำนวนครั้งที่ได้รับ (ครั้ง)
1. ได้รับจาก	0
1.1 ภาครัฐ	0
1.2 ภาคเอกชน	0
1.2 ประชาชน	0
1.4 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	0
รวม	0

กรณารับรายละเอียดของของขวัญที่ได้รับจากข้อ 1 ได้รับจาก ดำเนินการดังนี้	
2.รับในนาม	
2.1 หน่วยงาน	0
2.2 รายบุคคล	0
3.โอกาสในการรับ	
3.1 เทศกาลต่าง ๆ (เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์)	0
3.2 โอกาสสำคัญ (เช่น เกษียณอายุ แสดงความยินดี แสดงความขอบคุณ)	0
3.3 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	0
4.การดำเนินการ	
4.1 ให้อยู่ถือเป็นประโยชน์ส่วนบุคคล	0

4.2 สงคืนแก่ผู้ให้	<input type="text" value="0"/>
4.3 ส่งมอบให้แก่หน่วยงาน	<input type="text" value="0"/>
4.4 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
ผู้บันทึก : นางสาวปียธิดา โพธิ์คาด เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ : 0887609427	ผู้ตรวจสอบ : นายดำรงศักดิ์ เชื้อแถว

๒ อัปเดตข้อมูล
➤ ยืนยันการส่งข้อมูล