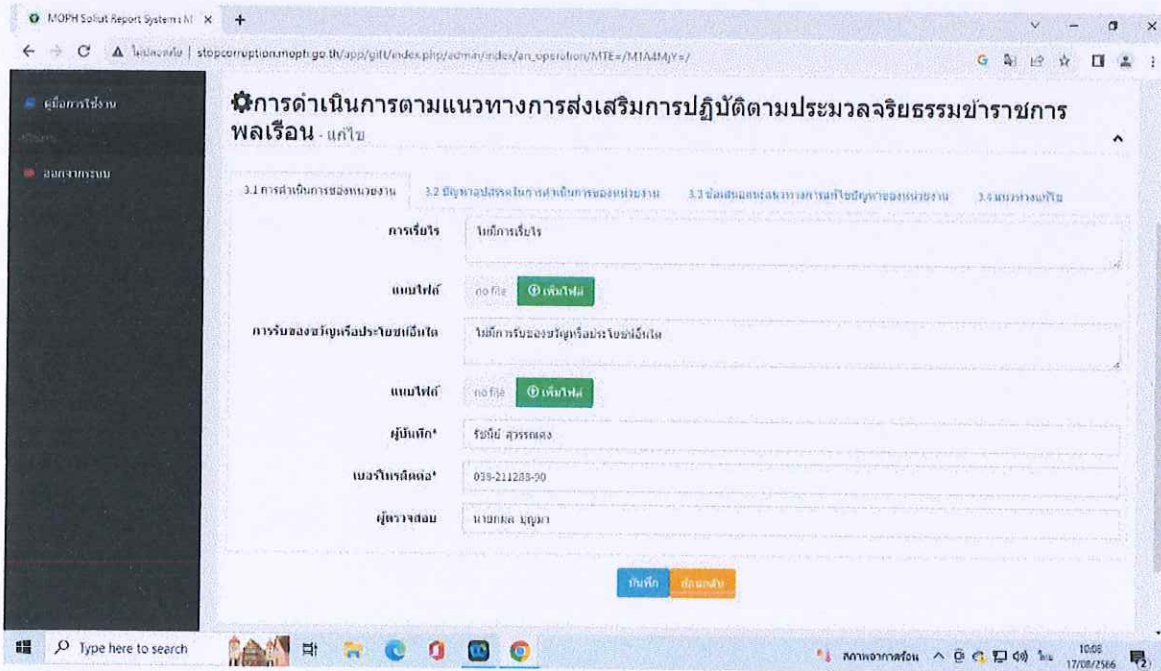
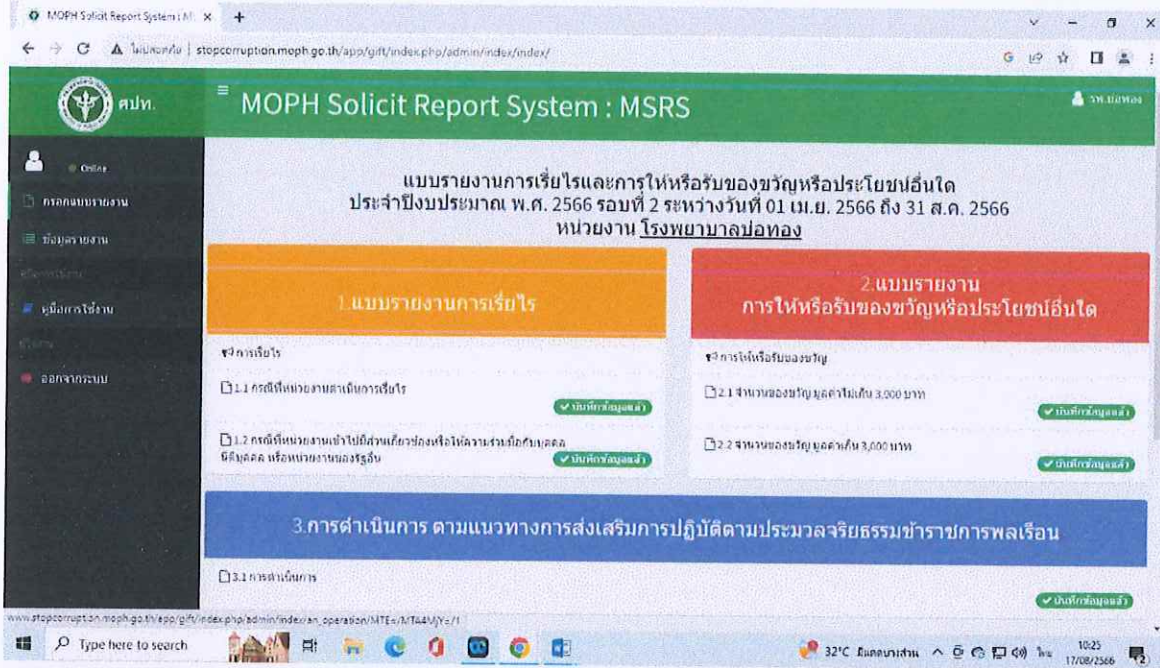
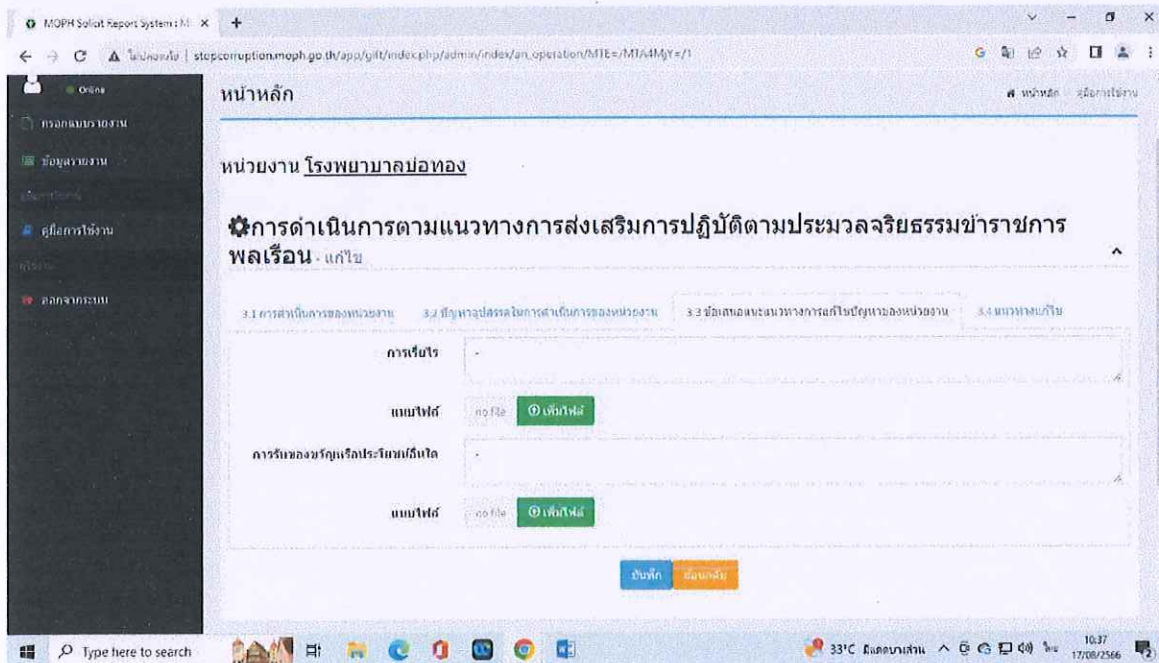
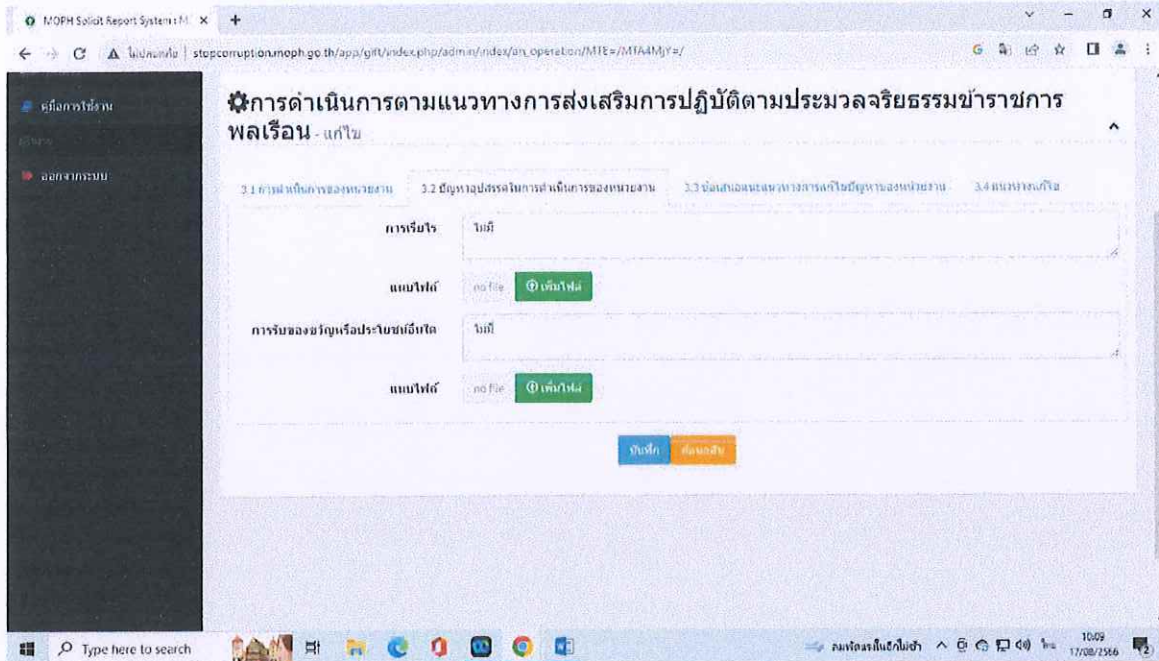


รายงานผลการดำเนินการตามแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน กรณี  
เรียไ้และกรณีการให้หรือรับของขวัญหรือประโยชน์อื่นใด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖  
(รอบ ๑๒ เดือน)





MOPH Solicit Report System

stopcorruption.moph.go.th/app/guest/index.php/admin/index/operation/MTE=/MFAAMJY=

### การดำเนินการตามแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน - แก้ไข

3.1 การดำเนินการของหน่วยงาน    3.2 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการของหน่วยงาน    3.3 ข้อเสนอแนะของหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องของหน่วยงาน    3.4 ผนวกกรณีข้อ

การเริ่มไร

แนบไฟล์

การรับของสัญญาหรือระเบียบอื่นใด

แนบไฟล์

Type here to search

32°C ฝนตกเบาๆ

10:11 17/08/2566

กรณีที่หน่วยงานดำเนินการเรียไ  
คำอธิบาย กรอกข้อมูลกรณีการเรียไโดยระบุจำนวนครั้งตามการดำเนินการ

## หน่วยงาน โรงพยาบาลบ่อทอง

\*หมายเหตุ ได้รับยกเว้นไม่ต้องขออนุมัติตาม ข้อ 19

- 1 = เป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล และมีมติคณะรัฐมนตรีให้เรียไได้
- 2 = เป็นการเรียไที่รัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐจำเป็นต้องดำเนินการ เพื่อช่วยเหลือผู้เสียหาย หรือบรรเทาความเสียหายที่เกิดจากสาธารณภัยหรือเหตุการณ์ใดที่สำคัญ
- 3 = เป็นการเรียไเพื่อร่วมกันทำบุญเนื่องในโอกาสการทอดผ้าพระกฐินพระราชทาน
- 4 = เป็นการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเรียไตามข้อ 18 (4) ซึ่ง กคร. ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ยกเว้นให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการได้โดยไม่ต้องขออนุมัติ
- 5 = เป็นการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐอื่นที่ได้รับอนุมัติหรือได้รับยกเว้นในการขออนุมัติ ตามระเบียบนี้แล้ว

| ประเภทการเรียไ                             | การดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการเรียไของหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2544 (ครั้ง) |  |  |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |
|--|---|--|--|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|---|
|  | ขออนุญาตจาก กคร. ตามข้อ 18  | ไม่ได้ขออนุญาตจาก กคร. (กรณีวงเงินไม่เกิน 500,000) | ได้รับยกเว้นไม่ต้องขออนุมัติตาม ข้อ 19   | รวมจำนวน (ครั้ง) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |
| <b>1) การเรียไเพื่อประโยชน์ของหน่วยงาน</b> |   |  |  |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |
| (1) ทอดผ้าป่า                              | 0   | 0  | <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td colspan="3" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">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="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td colspan="3" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">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="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td colspan="3" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">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   |  |  |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |
| - กอล์ฟ                                    | 0   | 0  | <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td colspan="3" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">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   |  |  |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |

|                     |                                |                                |  |                                |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| - มวย               | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - เดิน - ริ่ง       | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - ริ่งมาราธอน       | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <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"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <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"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <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"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำหน่ายเสื้อ      | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำหน่ายเข็มกลัด   | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำหน่ายกระเป๋า    | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำหน่ายแก้วน้ำ    | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <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></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำนวนสลากกาขาด                           | <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></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></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<br><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></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></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) รับประทานทรัพย์สินเพื่อ                | <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></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></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></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></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></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></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></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - สนับสนุนค่าอาหารกลางวัน<br>สำหรับผู้ป่วย | <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></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - สนับสนุนของใช้ส่วนตัวสำหรับ<br>ผู้ป่วย   | <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></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></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<br><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></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |

2) การเรียกรายเพื่อสาธารณประโยชน์

|  |                                |                                |   |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|
| (1) ทอดผ้าป่า                          | <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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| (2) ทอดกรลิน                           | <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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| (3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อ<br>การกุศล | <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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - กอล์ฟ                                | <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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - มวย                                  | <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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - เดิน - ริ่ง                          | <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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - ริ่งมาราธอน                          | <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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/><br>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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/><br>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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - ไข่ชีวิตโค-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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |

|   |                                |                                |  |                                |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| - จำนวนเสีย                                   | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำนวนเข็มกลัด                               | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำนวนกระเป๋า                                | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำนวนแก้วน้ำ                                | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำนวนหมวก                                   | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำนวนสลากกาชาด                              | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ<br><input type="text"/>     | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| (4) รับผิดชอบทรัพย์สินเพื่อ<br>สาธารณประโยชน์ | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - ช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ                  | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - ทำนุบำรุงศาสนา                              | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |



|   |                                |                                |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--|---|--------------------------------|--|--------------------------------|
| - ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส                   | <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></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></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<br><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></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |

3) กรณีอื่น 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></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| รวม                             | <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></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| ผู้บันทึก :<br>เบอร์โทรติดต่อ : | <input type="text" value="รัชนิย์ สุวรรณคง"/><br><input type="text" value="038211288"/> | ผู้ตรวจสอบ :                   | <input type="text" value="นายกมล บุญมา"/>   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |

☒ อัปเดตข้อมูล

📌 ยืนยันการส่งข้อมูล

กรณีที่หน่วยงานเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความร่วมมือกับบุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานของรัฐอื่น

คำอธิบาย กรอกข้อมูลกรณีที่หน่วยงานของท่านเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความร่วมมือ กับบุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานของรัฐอื่น โดยระบุจำนวนครั้งตามประเภทแหล่งของเงินหรือทรัพย์สินที่ใช้

### หน่วยงาน โรงพยาบาลบ่อทอง

| ประเภทการเรียไร                              | แหล่งของเงินหรือทรัพย์สินที่ใช้ (ครั้ง) |                            |                    |                  |
|--|---|----------------------------|--------------------|------------------|
|  | สวัสดิการ                               | ข้าราชการ / เจ้าหน้าที่รัฐ | ภาคเอกชน / ประชาชน | รวมจำนวน (ครั้ง) |
| <b>1) การให้ความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ</b> |   |                            |                    |                  |
| (1) ทอดผ้าป่า                                | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| (2) ทอดกรฐิน                                 | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| (3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อการกุศล           | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - กอล์ฟ                                      | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - มวย  | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - เดิน - วิ่ง                                | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - รังมาราธอน                                 | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - ฟุตบอล                                     | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - คอนเสิร์ต                                  | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - ไข่ชีวิตโค-กระบือ                          | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - จำหน่ายเสื้อ                               | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - จำหน่ายเข็มกลัด                            | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - จำหน่ายหมวก                                | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - จำหน่ายกระเป๋า                             | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |
| - แก้วน้ำ                                    | 0                                       | 0                          | 0                  | 0                |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| - สลากกาชาด                               | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ<br><input type="text"/> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (4) รับผิดชอบต่อภัยพิบัติ                 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ              | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ทำนุบำรุงศาสนา                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส                   | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ<br><input type="text"/> | 0 | 0 | 0 | 0 |

**2) การให้ความร่วมมือกับบุคคล กลุ่มบุคคล ชมรม สมาคมฯ**

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| (1) ทอดผ้าป่า                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (2) ทอดกฐิน                            | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อ<br>การกุศล | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - กอล์ฟ                                | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - มวย                                  | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - เดิน - ริ่ง                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ริ่งมาราธอน                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ฟุตบอล                               | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - คอนเสิร์ต                            | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ไถ่ชีวิตโค-กระบือ                    | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - จำหน่ายเสื้อ                         | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - จำหน่ายเข็มกลัด                      | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - จำหน่ายกระเป๋า                       | 0 | 0 | 0 | 0 |



กรุณารอกจำนวนครั้งที่ได้รับ


## หน่วยงาน โรงพยาบาลบ่อทอง


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                           |
| <b>รวม</b>  | <b>0</b>                    |

| กรณารายละเอียดของของขวัญที่ได้รับจากข้อ 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 ให้ยึดถือเป็นประโยชน์ส่วนบุคคล                                  | 0 |
| 4.2 ส่งคืนแก่ผู้ให้   | 0 |
| 4.3 ส่งมอบให้แก่หน่วยงาน  | 0 |

|   |  |
|---|--|
| 4.4 ส่งมอบให้แก่ผู้ป่วย   | 0  |
| 4.5 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>  | 0  |
| ผู้บันทึก : <input type="text" value="รัชนิย์ สุวรรณคง"/><br>เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ : <input type="text" value="038211288"/> | ผู้ตรวจสอบ : <input type="text" value="นายกมล บุญมา"/> |

 อีเมลขอข้อมูล

 ยืนยันการส่งข้อมูล