|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **บันทึกข้อความ** | | | | |
| **ส่วนราชการ** | | | | | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี : โทร 0 3224 8091 | | | |
| **ที่** | | รบ 0432 / 000 | | | | **วันที่** | 00 มกราคม 256... | |
| **เรื่อง** | | ขอขยายระยะเวลาในการดำเนินโครงการ......................................................... | | | | |
| เรียน | | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี | | | | |

**๑. เรื่องเดิม**

ตามที่ (หน่วยงาน)..................................................... ได้รับอนุมัติให้จัดทำ “โครงการ....................................................” เพื่อ....................................................................................................... โดยใช้งบประมาณจาก............................................ จำนวน ...... บาท (..............................บาทถ้วน)

**๒. ข้อเท็จจริง**

.................................................... (อธิบายให้ทราบถึงเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อแสดงให้เห็นถึงเหตุผลว่าทำไมถึงไม่สามารถจัดทำโครงการ ให้แล้วเสร็จภายในปีงบประมาณที่กำหนดไว้) ....................................................................... (อาทิ ด้วยภารกิจด้านต่าง ๆ และสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ (หน่วยงาน)..................................................................... ไม่สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามโครงการ............................................................... ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ (เดือน... ถึง เดือน... 256...) โดยดำเนินการจัดกิจกรรมไปเพียง ... กิจกรรม จากทั้งหมด ... กิจกรรม)

**๓. ข้อพิจารณา**

ในการนี้ (หน่วยงาน............................................................................. จึงขออนุมัติขยายระยะเวลาในการดำเนินโครงการ...................................................................................................................... จากเดิมในระหว่างเดือน... ถึง เดือน... 256... เป็น ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 256... เพื่อเร่งดำเนินโครงการฯ ให้แล้วเสร็จต่อไป (ทั้งนี้ การขยายระยะเวลาในการดำเนินโครงการ ไม่ควรขอเกินกว่าไตรมาสแรกของปีงบประมาณถัดไป)

**๔. ข้อเสนอ**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาตามข้อ ๓ หากเห็นชอบ โปรดลงนามอนุมัติขยายระยะเวลาในการดำเนินโครงการนี้ด้วย จะเป็นพระคุณ

|  |  |
| --- | --- |
| **เรียน** นพ.สสจ.ราชบุรี  - เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ  (ชื่อเต็ม)  สาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก | (ชื่อเต็ม)  ตำแหน่ง |