



ด่วนที่สุด

วิทยุสื่อสาร
ในราชการกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ที่ นศ ๐๐๓๗.๓/ว ๒๙๖

วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๕

จาก ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช

ถึง ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

ข้อความ

ตามหนังสือจังหวัดนครศรีธรรมราช ด่วนที่สุด ที่ นศ ๐๐๓๗.๓/ว ๒๘๘๒ ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๕๕ แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรายงานข้อมูลการใช้จ่ายเงิน วางแผนการใช้จ่ายงบประมาณที่คาดว่าจะใช้จ่ายและรายงานข้อมูลเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ของกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กิจกรรมผู้ประสานงานพลังแผ่นดิน (๒๕ ตำบลประด) และกิจกรรมหน่วยเฉพาะกิจระดับตำบล รวมทั้งการขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม เพื่อดำเนินกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามแบบที่กำหนด ให้จังหวัดภายในวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๕ นั้น

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดขอเรียนให้ทราบว่า อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมากและกำชับให้รวบรวมข้อมูลฯ รายงานกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น โดยด่วน ดังนั้น จึงขอให้ท้องถิ่นอำเภอ เร่งรัดและรวบรวมข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ รายงานให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดทราบภายในวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๕๕ ให้จงได้


(นายพงษ์ศักดิ์ ชะลิษฐ์)
ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช

แบบรายงานข้อมูลเงินเหลือจ่ายโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
 กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด/ผู้ประสานงานพลังแผ่นดิน (๒๕ ตาสับประรด)
 และหน่วยเฉพาะกิจระดับตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๕
 เทศบาล/อบต.....อำเภอ.....จังหวัดนครศรีธรรมราช

ที่	รายการ	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร ทั้งสิ้น (บาท)	เบิกจ่ายจาก จังหวัดไปแล้ว (บาท)	ส่งเอกสารเบิกจ่ายให้ จังหวัดแล้วแต่ยังไม่ได้ รับเงิน (บาท)	คาดว่าจะ เบิกจ่ายอีก (บาท)	มีเงินเหลือจ่ายที่ จะโอนคืนกลับ ส่วนกลาง (บาท)
๑	ค่าบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด/ผู้ประสานงานพลังแผ่นดิน					
๒	ผู้ประสานงานพลังแผ่นดิน (๒๕ ตาสับประรด)					
๓	หน่วยเฉพาะกิจระดับตำบล					
รวมทั้งสิ้น						

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
 (.....)

นายก.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
 (.....)

ท้องถิ่นอำเภอ.....

หมายเหตุ : สำหรับเทศบาลนคร/เทศบาลเมืองให้รายงานจังหวัดทราบโดยตรง (ไม่ต้องให้ท้องถิ่นอำเภอตรวจสอบ)

แบบรายงานความประสงค์ในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ (เพิ่มเติม)
 เพื่อดำเนินการจัดกิจกรรมบำบัดฟื้นฟู ผู้ติด/ผู้เสพยาเสพติด
 โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕

ชื่อ อปท.....

- ๑ จำนวนกลุ่มเป้าหมายผู้ติด/ผู้เสพยาเสพติดที่จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู (เพิ่มเติม) คน
- ๒ งบประมาณที่จะใช้ในการดำเนินการ (ไม่เกินคนละ ๓,๕๐๐ บาท).....บาท
- ๓ คาดว่าจะดำเนินการจัดกิจกรรมใน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 (ดำเนินการไม่เกินวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๕)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
 (.....)
 นายก.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
 (.....)
 ท้องถิ่นอำเภอ.....

หมายเหตุ

๑. ใช้เป็นข้อมูลเพื่อจังหวัดจะได้ปรับเกลียงงบประมาณที่เหลือจ่ายจาก อบต.อื่น
๒. งบประมาณที่ขอรับการสนับสนุน (เพิ่มเติม) อปท.จะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในวันที่
 ๑๕ กันยายน ๒๕๕๕
- ๓ สำหรับเทศบาลนคร/เทศบาลเมืองให้รายงานจังหวัดทราบโดยตรง
 (ไม่ต้องให้ท้องถิ่นอำเภอตรวจสอบ)