

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ระดับเขต ระดับจังหวัด

หน่วยรับตรวจ..... วันที่.....

แบบสอบถามระบบควบคุมภายใน

ด้านการติดตามการใช้จ่ายเงินบำรุงของ สสอ. และ รพ.สต.

ลำดับ	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/ สมบูรณ์	ไม่มี/ ไม่ใช่/ไม่ สมบูรณ์	
๑.	แผนเงินบำรุงได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ			
๒.	แผนการรับ - จ่ายเงินบำรุงสอดคล้องกับ - แผนปฏิบัติราชการการ - แผนจัดซื้อจัดจ้าง			
๓.	ติดตามผลการรับ - จ่ายเงินบำรุง ปีงบประมาณปัจจุบัน ข้อมูล ณ เดือน..... รายรับ.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของแผนรายรับ รายจ่าย.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....ของแผนรายจ่าย เงินบำรุงคงเหลือ.....บาท			
๔.	การปรับแผนรายรับ - รายจ่ายเงินบำรุงระหว่างปี ได้รับการอนุมัติจาก ผู้มีอำนาจ			
๕.	การดำเนินการตามแผนจัดซื้อจัดจ้าง ณ วันที่ 1 ต.ค. 66 - ปัจจุบัน			

สรุปผลการสอบถาม

---



---



---



---

ลงชื่อ.....

ผู้สอบทาน