



ที่ ปน ๐๐๒๓.๕/๖๕๖๕๖

ศาลากลางจังหวัดปัตตานี
ถนนเดชา ปน ๙๔๐๐๐

๖ สิงหาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ประชุมซักซ้อมการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการคลัง การเงิน การบัญชี การพัสดุ
เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี และนายกเทศมนตรีเมือง ทุกแห่ง
อ้างถึง หนังสือจังหวัดปัตตานี ที่ ปน ๐๐๒๓.๕/ว ๒๐๙๔๑ ลงวันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับ

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่จังหวัดปัตตานีโดยผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานีได้อนุมัติแผนการตรวจสอบการคลัง การเงิน การบัญชี การพัสดุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของสำนักงานท้องถิ่นจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ เพื่อตรวจสอบการคลัง การเงิน การบัญชี การพัสดุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่จังหวัดปัตตานี จำนวน ๑๑๔ แห่ง นั้น

จังหวัดปัตตานีโดยสำนักงานท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี ได้ดำเนินการตรวจสอบการคลัง การเงิน การบัญชี การพัสดุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ และพบข้อบกพร่องจากตรวจสอบ ซึ่งได้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ดำเนินการตามข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากรายงานผลการตรวจสอบแล้ว ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการคลัง การเงิน การบัญชี และการพัสดุ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง มอบหมาย ผู้อำนวยการกองคลังหรือเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการประชุมซักซ้อมการดำเนินงานด้านการคลัง การเงิน การบัญชี และการพัสดุ ในวันพุธที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมพญาตานี ชั้น ๔ อาคาร ๒ ศาลากลางจังหวัดปัตตานี ทั้งนี้ ขอให้ตอบรับเข้าร่วมการประชุมผ่าน QR Code ท้ายหนังสือฉบับนี้ภายในวันพุธที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๙

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ว่าที่ร้อยตรี

(จิรัสย์ สิริวัลลภ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี



สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานการเงินบัญชีและการตรวจสอบ

โทร. ๐-๙๓๓๓-๖๐๔๔ ต่อ ๑๐๓

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban_ptn@dla.go.th

ผู้ประสานงาน น.ส.ชื่นใจ ทองด้วง ๐๘-๑๓๘๘-๐๓๑๔

แบบตอบรับ

ประชุมซักซ้อมการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการคลัง การเงิน การบัญชี การพัสดุ

วันพุธที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมพญาตานี ชั้น ๔ อาคาร ๒ ศาลากลางจังหวัดปัตตานี

๑. ชื่อ – สกุล

ตำแหน่ง.....สังกัด/องค์กร.....

หมายเลขโทรศัพท์.....โทรสาร.....

๒. ชื่อ – สกุล.....

ตำแหน่ง.....สังกัด/องค์กร.....

หมายเลขโทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓. ชื่อ – สกุล

ตำแหน่ง.....สังกัด/องค์กร.....

หมายเลขโทรศัพท์.....โทรสาร.....

ลงชื่อ.....

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ทั้งนี้ ขอให้ส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุมภายในวันพุธที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๙

ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban_ptn@dla.go.th