



ที่ อต ๐๐๒๓.๓/ว:๕๕๖๓

ศาลากลางจังหวัดอุดรธานี
ถนนประชนามิตร อต ๕๓๐๐๐

๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง สำรองข้อมูลการจัดทำความร่วมมือบริการสาธารณสุขระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ และนายกเทศมนตรีเมืองอุดรธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจข้อมูลการจัดทำความร่วมมือบริการสาธารณสุข จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น แจ้งว่าได้จัดทำแผนปฏิรูปองค์การของส่วนราชการ ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔) มุ่งเน้นการ สร้างชุมชนที่เข้มแข็ง ปลอดภัย สังคมสงบเรียบร้อย ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้มแข็ง พัฒนา พื้นที่ภูมิภาคและพื้นที่เศรษฐกิจให้มีขีดความสามารถในการแข่งขัน ซึ่งกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้ กำหนดประเด็นสำคัญในการจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลา ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔) เรื่อง “ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบความร่วมมือระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง รวมทั้งความร่วมมือกับส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมากขึ้น โดยท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้การสนับสนุนงบประมาณ เทคนิคต่างๆ รวมทั้ง การให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผล”

เพื่อให้การดำเนินงานจัดทำคู่มือความร่วมมือบริการสาธารณสุขระหว่างองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการสำรองข้อมูล การจัดทำความร่วมมือบริการสาธารณสุขระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแบบสำรวจข้อมูลฯ ที่ส่งมาด้วย โดยขอให้จัดส่งแบบสำรวจข้อมูลฯ พร้อมไฟล์ในรูปแบบ Excel ทาง E-mail : Kpt_uttlocal@outlook.com ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ทั้งนี้ กรณีได้มีการจัดทำบันทึก ข้อตกลงบริการสาธารณสุขระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ ขอให้สำเนาบันทึกข้อตกลงประกอบการ รายงานส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดอุดรธานีด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป สำหรับอำเภอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในเขตพื้นที่ทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายมานิต อนรรฆมาศ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร. ๐-๕๕๔๐-๓๐๐๘

โทรสาร. ๐-๕๕๔๑-๔๙๘๕

ผู้ประสาน/ นางสาวดิณณ์พิมพ์ยุฑ์ เดชเลิศนานนท์ ๐๘-๑๘๘๗-๔๑๒๒

แบบสำรวจข้อมูลการจัดทำความร่วมมือบริการสาธารณสุขระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อบต./เทศบาล.....

ลำดับ ที่	ชื่อบริการสาธารณสุข ที่ท่าความร่วมมือ ให้บริการประชาชน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ จัดทำความร่วมมือ		วันที่ลงนาม ความ ร่วมมือ	คณะกรรมการบริหาร กิจการที่จัดทำ ความร่วมมือ		ระเบียบข้อตกลง			วัตถุประสงค์ ความ ร่วมมือ	ปัญหา/อุปสรรค ความร่วมมือ	
		องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เจ้าภาพ	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ที่ร่วมลงนาม		แต่งตั้ง	ไม่ได้ แต่งตั้ง	จัดทำ	ไม่ได้ จัดทำ	ทำ MOU			

กรุณาส่งรายงานผลภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ มาที่ สภจ.อบต. ดังนี้

- ส่งเอกสารทางไปรษณีย์
- ส่งล่วงหน้าทาง E-mail : Kpt_utlocal@outlook.com

ผู้ประสานงาน ดิฉิมพ์พิมพ์ (ต่าย) หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑-๘๘๗๔๑๒๒

ผู้รายงาน.....
 ตำแหน่ง.....
 หมายเลขโทรศัพท์.....