**แบบ ก. ๓**

( ชื่อหน่วยงาน / ชุมชน )

ที่ ........................ ที่อยู่ ........................................

 .................................................

 .................................................

 วันที่ .......... เดือน........................ พ.ศ. ...................

เรื่อง การเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสมุย ประจำปี ๒๕๖๓

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสมุย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสมุย จำนวน ๑ ชุด

 ๒. แผนการดำเนินงาน จำนวน ๑ ชุด

 ด้วย หน่วยงาน / โรงเรียน / ชุมชน .................................................................................................. ได้จัดทำโครงการ....................................................................................................................ขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสมุย ประเภทที่ ........... จำนวนเงิน .....................................บาท (..................................................................................................) ซึ่งโครงการดังกล่าวเป็นโครงการที่สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค แก่ประชาชนในเขตเทศบาลนครเกาะสมุย จึงได้เสนอโครงการรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ **หากได้รับอนุมัติโครงการแล้ว จะแจ้งวันดำเนินโครงการให้กองทุนฯ ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย ๕ วันทำการ และเมื่อดำเนินโครงการเสร็จสิ้นแล้ว หน่วยงาน /โรงเรียน/ชุมชน .........................................................................จะรายงานผลการดำเนินโครงการให้กองทุนฯ ทราบภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันเสร็จสิ้นโครงการ**

 ขอแสดงความนับถือ

 ( ..................................................)

 ตำแหน่ง ............................................................................

**ผู้รับผิดชอบโครงการ.........................................**

**เบอร์โทร...........................................................**

**รายงานการประชุม**

**แบบ ก. ๑**

**การพิจารณาโครงการเพื่อขอรับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสมุย**

**เมื่อวันที่ ....... เดือน..................................พ.ศ. .......... เวลา .......................**

**ณ .............................................................**

**โดยมีผู้เข้าร่วมพร้อมลายมือชื่อ ดังนี้**

**๑. ผู้เข้าร่วมประชุม**

๑.๑ .................................................................... ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๒ ..................................................................... ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๓ ..................................................................... ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๔ ..................................................................... ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๕ ..................................................................... ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๖ ..................................................................... ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๗ ..................................................................... ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๘ ..................................................................... ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๙ ..................................................................... ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๑๐ .................................................................. ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๑๑ .................................................................. ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๑๒ .................................................................. ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๑๓ .................................................................. ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๑๔ .................................................................. ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๑๕ .................................................................. ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๑๖ .................................................................. ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๑๗ .................................................................. ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๑๘ .................................................................. ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๑๙ .................................................................. ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

 ๑.๒๐ .................................................................. ลายมือชื่อ .......................................... โทร...................

- ๒ –

**ที่ประชุมมีมติ** ดังนี้

1. **เสนอโครงการ** เพื่อรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองเกาะสมุย

จำนวน ................. โครงการ คือ

 ๑.๑ โครงการ.....................................................................................................................

 ๑.๒ โครงการ....................................................................................................................

 ๑,๓ โครงการ....................................................................................................................

 **๒. แต่งตั้งคณะกรรมการ** เพื่อลงนามในบันทึกข้อตกลงและเบิกจ่ายเงินจากธนาคาร องค์กรชุมชนต้อง มีผู้นำองค์กรและกรรมการ ๒ คน เป็นผู้ลงนาม มติที่ประชุมมอบหมายให้

 ๒.๑ ..................................................................................... ประธานกรรมการ

 ๒.๒ ..................................................................................... กรรมการ

 ๒.๓ ..................................................................................... กรรมการ

 **๓. แต่งตั้งผู้ดำเนินงานโครงการ**

 ๓.๑ ..................................................................................................................................................

 ๓.๒ ..................................................................................................................................................

 ๓.๓ ..................................................................................................................................................

 **๔. แต่งตั้งกรรมการจัดซื้อ / จัดจ้าง** จำนวน ๓ คน ( กรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง )

 ๔.๑ ..................................................................................................................................................

 ๔.๒ ..................................................................................................................................................

 ๔.๓ .................................................................................................................................................

 **๕. แต่งตั้งกรรมการตรวจรับพัสดุ จำนวน ๓ คน** ( กรณีที่มีการจัดซื้อจัดจ้าง ต้องไม่ซ้ำกับกรรมการซื้อ / การจ้าง )

 ๕.๑ ...............................................................................................................................................

 ๕.๒ ..............................................................................................................................................

 ๕.๓ ..............................................................................................................................................

 **๖. ในกรณีที่เป็นวัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ใช้ร่วมกัน** มอบให้................................................................................

เป็นผู้ดูแล / เก็บรักษา

 ลงชื่อ ............................................................

 (.........................................................)

 หัวหน้าหน่วยงาน / ประธานกรรมการชุมชน / ประธานองค์กร/ประธานผู้สูงอายุ

**\*\*\* หมายเหตุ** ผ**ู้ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการต้องเป็นผู้ที่เข้าร่วมประชุม**

**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสมุย**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม....................................................................................................................

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสุมย

 ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน (ระบุชื่อ) มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ในปีงบประมาณ .................................โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสมุย เป็นเงิน บาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด)**

**หลักการเหตุผล** .........................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

**1. วัตถุประสงค์**

 1. ...................................................................................................................................................................

 2. ...................................................................................................................................................................

 3. ...................................................................................................................................................................

 ๔. ...................................................................................................................................................................

 ๕. ...................................................................................................................................................................

**2. วิธีดำเนินการ**

 1. ...................................................................................................................................................................

 2. ...................................................................................................................................................................

 3. ...................................................................................................................................................................

 4. ...................................................................................................................................................................

 5. ...................................................................................................................................................................

**3. กลุ่มเป้าหมาย** **จำนวน...................................คน**

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

 ......................................................................................................................................................................

**5. สถานที่ดำเนินการ**

 ......................................................................................................................................................................

**6. งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสมุย
จำนวน .................................................................. บาท รายละเอียด ดังนี้

 - ค่า.............................................................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

...................................................................................................................................

 - ค่า.............................................................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

..................................................................................................................................

 - ค่า.............................................................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

..................................................................................................................................

 - ค่า.............................................................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

...................................................................................................................................

 - ค่า.............................................................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

..................................................................................................................................

 - ค่า.............................................................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

..................................................................................................................................

- ค่า.............................................................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

...................................................................................................................................

 - ค่า.............................................................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

..................................................................................................................................

 - ค่า.............................................................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

..................................................................................................................................

 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.......................................................บาท

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 2. ...................................................................................................................................................................

 3. ...................................................................................................................................................................

 ๔. ...................................................................................................................................................................

 ๕. ...................................................................................................................................................................

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม*** **(ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่ม*ประชาชน)*................................................................................................**

 🖵 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

 🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**8.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

 🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

 🖵 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กร หรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

 🖵 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

 🖵 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน คน

 🖵 2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน คน

 🖵 3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน คน

 🖵 4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน คน

 🖵 5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน คน

 🖵 6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน คน

 🖵 7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน คน

 🖵 8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน คน

 🖵 9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵 10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ) จำนวน คน

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 **8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 🖵 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 🖵 8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 🖵 6. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]**

 🖵 1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

 🖵 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

 🖵 3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

 🖵 4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

 🖵 5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) ...........................................................................................................

🖵 **8.4.10 กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).................................................................**

 🖵 1. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

( )

 ตำแหน่ง ............................................................

 วันที่-เดือน-พ.ศ. ..................................................

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมาย ลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครเกาะสมุย
ครั้งที่ / 25 เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵 **งบประมาณที่เสนอ** จำนวน บาท

🖵 **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน บาท

 เพราะ .........................................................................................................................................................

 .........................................................................................................................................................

 🖵 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ .........................................................................................................................................................

 .........................................................................................................................................................

 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ...................................................................................................................................
.........................................................................................................................................................................................
.........................................................................................................................................................................................

 🖵 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

ลงชื่อ ....................................................................

 ( )

ตำแหน่ง ................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ......................................................................................................................................

**1. ผลการดำเนินงาน**

 ............................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ...............................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มี

 ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ........................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

 แนวทางการแก้ไข (ระบุ) ......................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ....................................................................ผู้รายงาน

  ( )

ตำแหน่ง ................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................