

- สำนักปลัด
- กองคลัง
- กองช่าง
- กองการศึกษาฯ
- กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

ทต.ดอนทราย อ.ควนขนุน จ.พัทลุง
 รับเลขที่ ๒๓๖๗
 วันที่ ๑๒ ก.ย. ๖๑
 เวลา.....

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ ๑...
 ตำบลดอนทราย อำเภอควนขนุน
 จังหวัดพัทลุง ๙๓๑๑๐

๑๗ กันยายน ๒๕๖๑

สำนักปลัด
 รับเลขที่ ๑๒ ก.ย. ๒๕๖๑
 วันที่ ๑๒ ก.ย. ๒๕๖๑
 เวลา.....

เรื่อง รายงานผลการดำเนินงานโครงการ
 เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย
 สิ่งที่มาด้วย แบบรายงานโครงการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่ที่ ๑ ได้จัดทำโครงการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนารเด็ก ๐-๕ ปี หมู่ที่ ๑ บ้านเขากอย ประจำปี ๒๕๖๑ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนทราย เป็นเงิน ๖,๖๕๐ บาท นั้น

บัดนี้โครงการได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว จึงขอส่งรายงานผลการดำเนินงาน รายละเอียดได้แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

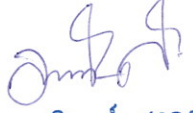
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน นายกเทศมนตรี
 - ชมรม อสม. หมู่ที่ ๑ ซอสง
 รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการ ประธานชมรม อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ ๑
 ตำบลเขากอย และแผนพัฒนาเด็ก ๐-๕ ปี
 - เพื่อโปรดทราบ
 ๑๒ ก.ย. ๖๑

ขอแสดงความนับถือ



(นางกุล ทองเชิฐ)


 (นางสาวสุครินทร์ สงคง)
 หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล



(นายวิโชค ทองชัน)
 ปลัดเทศบาลตำบลดอนทราย



(นางนิตานาด แก้วนุ้ย)
 รองปลัดเทศบาลตำบลดอนทราย



(นายสุภพงษ์ ทองศิรินุณ;
 นายกเทศมนตรีตำบลดอนทราย

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี หมู่ที่ ๑ บ้านเขากอย

๑. ผลการดำเนินงาน

๑ จัดประชุมให้ความรู้เรื่อง อาหารที่เหมาะสมตามวัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนิสัยการกินของเด็ก ความสำคัญของการเล่นและการออกกำลังกายและ ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูงให้กลุ่มเด็ก ๐-๕ ปี

๒. ประเมินความรู้ของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อน-หลัง การเข้าร่วมโครงการ.

สรุปผลการดำเนินงาน

๑. พ่อแม่ผู้ปกครอง และอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมจำนวน ๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ มีความรู้ในเรื่องโภชนาการและพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น

๒. พ่อแม่ผู้ปกครองมีความรู้สามารถจุดกราฟแสดงน้ำหนักลงในแบบบันทึกการติดตามน้ำหนักของลูก ได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๖.๓๒

ก่อนอบรม			หลังอบรม			เพิ่มขึ้น
จำนวนผู้ทำ	จำนวนผู้ทำ	ร้อยละ	จำนวนผู้ทำ	จำนวนผู้ทำ	ร้อยละ	
แบบบันทึก	ทำแบบบันทึก		ทำแบบบันทึก	ทำแบบบันทึก		
	ได้ถูกต้อง			ได้ถูกต้อง		
๑๔	๑๒	๖๓.๑๕	๑๔	๑๗	๘๙.๔๗	๒๖.๓๒

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

- บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ๖,๖๕๐..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง๖,๖๕๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ-..... บาท คิดเป็นร้อยละ

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
 มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)-.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)-

ลงชื่อ  ผู้รายงาน

(นางกุล ทองเชิญ)

ตำแหน่ง.ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ ๑.

วัน ๓๐ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

โครงการ ส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข รพ.สต บ้านจันนา

วันที่ 14 ส.ค. 67

สถานที่ ศาลาหมู่บ้าน หมู่ที่ 1

ลำดับที่	ชื่อ สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
1.	นางกมล งามวงศ์	๘๒ ม.1		
2	นาย นพรัตน์ งามวงศ์			
3	คิงคำ เพ็ชรแก้ว	81 ม.1		
4	รุ่งอรุณ งามวงศ์	81 ม.1		
5	จันทร์คน งามวงศ์	58 ม.1		
6	ด.ญ.พิชญ์ทิศา งามวงศ์	๖๑ ม.1		
7	นางนิตยา ดงเกิด	191 113 ม.1		
8	ด.ญ.พริศวิศา ดงเกิด	113 ม.1		
9	น.ส.นิตยา เพ็ชรแก้ว	๘4 ม.1		
10	ด.ญ.ชัชวาลย์ สัจจนาสาร	94 ม.1		
11.	นางวรรณวิศา งามวงศ์	105 ม.1		
12	ด.ญ.พัชรวิศา งามวงศ์			
13	นายพรชัย งามวงศ์	122 ม.1		
14	นายพิเชษฐ์ งามวงศ์	122		
15	นางจันทรา งามวงศ์	14 ม.1		
16	นางจันทรา ดงเกิด	14 ม.1		
17	น.ส.วิไล งามวงศ์	15 ม.1		
18	ด.ญ.ณิชาภัท งามวงศ์	15 ม.1		
19	ด.ญ.ณิชาภัท งามวงศ์	๑ ๑		
20	นางจันทรา งามวงศ์	11 ม.1		
21	นายพรชัย งามวงศ์	14 ม.1		
22	นายพรชัย งามวงศ์	๕6 ม.1		
23	ด.ญ.ณิชาภัท งามวงศ์	76 ม.1		
24	นางวิไล งามวงศ์	28 ม.1		
25	ด.ญ.ณิชาภัท งามวงศ์	"		
26	ด.ญ.ณิชาภัท งามวงศ์	"		
27	นางสาวปวีณา งามวงศ์	104 ม.1		
28	ด.ญ.ณิชาภัท งามวงศ์	104 ม.1		
29	นางเรณู งามวงศ์			
30	ด.ญ.ณิชาภัท งามวงศ์	125 ม.1		
31	ด.ญ.ณิชาภัท งามวงศ์	125 ม.1		
32	นางจันทรา งามวงศ์	1 ม.1		
33	นายพรชัย งามวงศ์	20 ม.1		

ใบสำคัญรับเงิน

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ ๑.....
ตำบลคอนทราย อำเภอกวนขนุน
จังหวัดพัทลุง ๙๓๑๑๐

วันที่ 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้าพเจ้า...นางสุพิช ไหมดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน...๓๙๓๐๕ ๐๐๔๑๖ ๕๕๕.....

ที่อยู่ ๕๐ หมู่ ๑ ตำบลคอนทราย อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง ได้รับเงินจากชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่ที่ ๑.....
ตำบลคอนทราย ตามรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน
๑.	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ผู้เข้าร่วมประชุม โครงการส่งเสริมโภชนาการและ พัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี หมู่ที่ ๑ บ้านเขากอย จำนวน ๔๖ คนๆ ละ ๒๕ บาทเป็นเงิน	๑,๑๕๐-
	ตัวอักษร (หนึ่งพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)	๑,๑๕๐-

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี หมู่ที่ ๑
บ้านเขากอย โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

(ลงชื่อ) นางสุพิช ไหมดี ผู้รับเงิน
(นางสุพิช ไหมดี.)

(ลงชื่อ) นางกุล ทองเชิญ ผู้จ่ายเงิน
(นางกุล ทองเชิญ..)
ตำแหน่ง...ประธานชมรม อสม หมู่ที่ ๑.....


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 9305 00416 55 5**
 ชื่อและชื่อสกุล **นาง สุพิน ไหมดี**
 Name **Mrs. Supit**
 Last name **Maidee**
 เกิดวันที่ **3 ธ.ค. 2515**
 Date of Birth **3 Dec. 1972**

อายุ **50** หมู่ที่ **1 ต.คอนทราย**
 อ.ควนขนุน จ.พัทลุง
 4 ธ.ค. 2559
 วันออกบัตร **4 Aug. 2016**
 Date of Issue


รหัสสำมะโน **(ดูที่คช. ชุมชนใกล้เคียง)**
 เจ้าพนักงานออกบัตร
 2 ธ.ค. 2567
 วันบัตรหมดอายุ **2 Dec. 2024**
 Date of Expiry

9307-02-08041411



คำหาภรรยา
 นางสุพิน ไหมดี

BORA-7.2-04-2559



ประเทศไทย
 THAILAND

JT3-1035067-68



ร้านปริ้นท์ สมาย

เลขที่ 385/7 ถนนอภัยบริรักษ์ ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง 93000

โทร 074-617-585 มือถือ 087-007-8705, 087-627-0500 โทรสาร 074-617-585

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1 9399 00014 94 4

ใบเสร็จรับเงิน

(ต้นฉบับ)

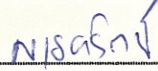
ลูกค้า ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ม.4 บ้านลำรูน
ที่อยู่ ตำบลคอนทราย อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

เลขที่ R6108008
วันที่ 08.08.61
กำหนดชำระ

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
1	ป้ายไวนิล "โครงการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนารเด็ก 0-5 ปี "	1	500	500.00
จำนวนเงิน (ตัวอักษร)		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		500.00
-ห้าร้อยบาทถ้วน-				


ผู้รับสินค้า

8 / ๙๓ / ๖1



ผู้รับเงิน

8 / ๙๓ / ๖1

หมายเหตุ :

- โปรดตรวจสอบยอดเงินในใบเสร็จรับเงินทุกครั้งว่าเป็นยอดเงินที่ถูกต้อง
- โปรดหักภาษี ณ ที่จ่าย ค่าบริการ 3 % (หน่วยงานราชการหัก 1%)
- โปรดจ่ายเช็คตามจำนวน ชิดคร่อมเฉพาะในนาม "ร้าน ปริ้นท์ สมาย " เท่านั้น



โครงการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนากาเด็ก ๐ - ๕ ปี หมู่ที่ ๑

