**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลทุ่งนุ้ย**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการวัยใส ยิ้มสวย ตำบลทุ่งนุ้ย อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูลปีงบประมาณ ๒๕60

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งนุ้ย

 ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน(ระบุชื่อ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนบ่อทอง มีความประสงค์

จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการวัยใส ยิ้มสวย ตำบลทุ่งนุ้ย อำเภอควนกาหลง จังหวัสตูล

ในปีงบประมาณ ๒๕60 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งนุ้ย เป็นเงิน11,928 บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**1. หลักการและเหตุผล**

 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมไทยในปัจจุบัน ถูกครอบงำด้านเศรษฐกิจและวัฒนธรรม ที่มีพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปตามวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคเร่งรีบ นิยมทานอาหารจานด่วน ติดรสหวาน กินผักผลไม้น้อย เป็นต้น รวมถึงการเข้าถึงการบริการสุขภาพช่องปากยังไม่ทั่วถึง จากแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทยสุขภาพช่องปาก พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙ พบว่า กลุ่มประชาชนที่มีฐานะดี มีการศึกษา อาศัยในเขตเมืองกลุ่มข้าราชการ จะมีอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก มากกว่ากลุ่มแรงงานและรายได้น้อย อย่างไรก็ตามสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเศรษฐกิจปัจจุบัน ส่งผลให้เด็กได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้านสุขภาพลดน้อยลง ส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการในด้านต่างๆของเด็ก โรคฟันผุในเด็กเล็กก็เช่นกันมีแนวโน้มการเกิดฟันผุอยู่ในอัตราที่เป็นปัญหา โรคฟันผุในฟันน้ำนมมีการลุกลามถึงโพรงประสามฟันเร็วกว่าฟันแท้ เนื่องจากความหนาของเคลือบฟันและเนื้อฟันน้อยกว่าฟันแท้ การผุสามารถลุกลามได้ในขวบปีแรก และมีอัตราเพิ่มขึ้นในช่วง ๑ – ๓ ปี รวมทั้งการเข้าถึงบริการก็ยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง ผู้ปกครองก็ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเต็มที่ ด้วยสาเหตุของการประกอบอาชีพ และความเร่งรีบในการดำเนินชีวิต

 ด้วยเหตุที่ตำบลทุ่งนุ้ยเป็นพื้นที่ชุมชนที่ประชาชนประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ เช่น การทำสวนยาง สวนปาล์ม เป็นต้น การตระหนักถึงความสำคัญ และใส่ใจด้านสุขภาพช่องปากเด็ก รวมทั้งด้านอาหารการกินที่เหมาะสมกับเด็กยังมีน้อย อีกทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากก็ยังไม่ทั่วถึงทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เพราะการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก บุคลากรด้านสาธารณสุข และมาตรการทางวิชาการที่จะช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดฟันผุได้ ได้แก่ การแปรงฟันที่ถูกวิธี การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การลดบริโภคน้ำตาล การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ร่วมกับการคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงและการให้ทันตสุขศึกษา จึงจะสามารถลดอัตราการเกิดฟันผุในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

 ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนบ่อทอง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในกลุ่มดังกล่าวจึงได้จัดทำโครงการวัยใส ยิ้มสวยขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันฟันผุหรือชะลอฟันผุในระยะเริ่มแรก พร้อมการส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กได้ตระหนักถึงการดูแลเรื่องช่องปากเด็กด้วย

**2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

1. เพื่อให้ความรู้ทางทันตสุขภาพและการให้โภชนาการที่เหมาะสมแก่ผู้ปกครองของเด็ก

2. เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กแก่ผู้ปกครองของเด็ก

3. เพื่อส่งเสริมการทำงานเครือข่ายบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

4. เพื่อให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

**กลุ่มเป้าหมาย**

 เด็กและผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 75 คน

**3. วิธีดำเนินการ**

1. เขียนโครงการ จัดทำแผน ขออนุมัติโครงการ
2. ประสานงานขอความร่วมมือจากทันตบุคลากร ในเครือข่ายโรงพยาบาลควนกาหลง ผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ให้ทันตสุขศึกษาและฝึกการแปรงฟันแก่ผู้ปกครองและเด็ก

4. ตรวจช่องปากเด็กหลังการฝึกแปรงฟัน

5. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

6.รายงานผลการดำเนินงาน

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

 มิถุนายน ๒๕60– ธันวาคม ๒๕60

**5. สถานที่ดำเนินการ**

 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนบ่อทอง

**6. งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลทุ่งนุ้ย จำนวน 11,928 บาท (เงินหนึ่งหมื่นหนึ่งพันเก้าร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน) รายละเอียด ดังนี้

1. ค่าอาหารว่าง 1 มื้อๆละ 25 บาทจำนวน 75 คน เป็นเงิน 1,875บาท

2. ค่าวิทยากรชั่วโมงละ 300 บาท จำนวน 4 ชั่วโมง เป็นเงิน 1,200 บาท

 3. ค่าป้ายไวนิลโครงการ ขนาด 3 ตารางเมตรๆละ 150 บาท จำนวน 1 ป้าย เป็นเงิน

 450 บาท

 4. ค่าแปรงสีฟัน ยาสีฟันจำนวน 75 ชุด เป็นเงิน 3,150บาท

5. ค่าโมเดลฟันพร้อมแปรงสำหรับสาธิตการแปรงฟัน สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 3 ศูนย์ เป็นเงิน

5,253 บาท

 รวมเป็นเงิน 11,928 บาท

หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายทั้งหมดสามารถถัวเฉลี่ยได้

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 ๑. ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ด้านทันตสุขภาพและการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกวิธี

 ๒. ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและการกินอาหารที่มี ประโยชน์

 ๓. ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านทันตสุขภาพแก่เด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครอง

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน...........................................................................................................................

 8.1.1หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 8.1.2หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 8.1.3หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 8.1.4หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 8.1.5กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**8.2 ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

 8.2.1สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

 8.2.2สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

 8.2.3สนับสนุนการจัดกิจกรรมของศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

 8.2.4สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

 8.2.5สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)**

 8.3.1กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 8.3.2กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 8.3.3กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 8.3.4กลุ่มวัยทำงาน

 8.3.5.1กลุ่มผู้สูงอายุ

 8.3.5.2กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 8.3.6กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 8.3.7กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 8.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 8.4.1กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 8.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.1.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.1.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 8.4.1.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.1.5การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 8.4.1.6การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 8.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 8.4.1.8อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 8.4.2กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 8.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.2.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.2.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.2.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.2.5การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 8.4.2.6การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 8.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 8.4.2.8อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 8.4.3กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 8.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.3.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.3.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.3.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.3.5การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 8.4.3.6การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 8.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 8.4.3.8การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 8.4.3.9อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 8.4.4กลุ่มวัยทำงาน

 8.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.4.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.4.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.4.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.4.5การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 8.4.4.6การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 8.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 8.4.4.8การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 8.4.4.9อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 8.4.5.1กลุ่มผู้สูงอายุ

 8.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.5.1.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.5.1.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.5.1.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.5.1.5การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 8.4.5.1.6การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 8.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 8.4.5.1.8อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 8.4.5.2กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 8.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.5.2.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.5.2.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.5.2.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.5.2.5การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 8.4.5.2.6การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 8.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 8.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 8.4.5.2.9อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 8.4.6กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 8.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.6.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.6.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.6.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.6.5การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 8.4.6.6การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 8.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 8.4.6.8อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 8.4.7กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 8.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.7.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.7.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.7.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.7.5การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 8.4.7.6อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

 8.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

ลงชื่อ...............................................................ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวไม่ซ้ำซ้อนกับงบประมาณอื่นที่ได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ 2560

ลงชื่อ...............................................................ผู้รับรองโครงการ/กิจกรรม

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

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

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

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ...........................................................................
ครั้งที่ ........... / 25……………เมื่อวันที่............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

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

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

 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม**(ส่วนที่ 3)**ภายในวันที่ ………………………………………………….........

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

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

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

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

**ส่วนที่ 3: แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการ

**1. ผลการดำเนินงาน**

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์

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

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ........................................... คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ...............................บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง ................................บาทคิดเป็นร้อยละ.................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ........................................บาทคิดเป็นร้อยละ........................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎ไม่มี

 🞎มี

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

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

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

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

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

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

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

 (........นางสาววาสนา ทรัพย์มี...............)

ตำแหน่ง........พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ................

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