

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน) ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการส่งเสริมพัฒนาการด้านกรพูดและถาวรเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพสัปดาห์ผู้พิการ

๑.ผลการดำเนินงาน

๑.ผู้พิการมีโทรศัพท์และลำโพงพร้อมไม้จำนวน ๒ ชุดในการฝึกทักษะการพูดและทักษะทางการเคลื่อนไหว

๒.ผู้พิการได้รับบริการทักษะพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสาร

๓.ผู้พิการได้รับบริการฝึกทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกายและกลไกการทำงานของกล้ามเนื้อ

๒.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

๓.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๒๒,๑๒๐.....บาท

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๒๒,๑๒๐.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....

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

๔.ปัญหา/อุปสรรคในการทำงานดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

ไม่มี

แนวทางแก้ไข (ระบุ)

ไม่มี

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางพัชรา ไทรงาม)

ประธานศูนย์บริการคนพิการ

ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกประจำจังหวัดตรัง