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

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม …โครงการบริการจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนประจำปีงบประมาณ 2560…..

**1. ผลการดำเนินงาน**

.......................กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเอราวัณสามารถนำงบประมาณที่ตั้งใว้ตามโครงการมาเบิกเป็นค่าตอบแทนการประชุมของคณะกรรมการกองทุน...และสามารถนำงบประมาณไปจัดซื้อจัดหาครุภัณฑ์สำนักงานเพื่อใช้ในงานกองทุนได้..................................

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

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

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ..............................21............... คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .........................45,000.............บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง .........................38,751.............บาท คิดเป็นร้อยละ .......86.2..........

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ...........................6,249.............บาท คิดเป็นร้อยละ ............13.8...........

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🞎 ไม่มี

🞎 มี

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

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

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

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

ลงชื่อ..............นายมาซือลัน อาเดะมะ.............ผู้รายงาน

(.......นายมาซือลัน อาเดะมะ......)

ตำแหน่ง ..ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.เอราวัณ

วันที่-เดือน-พ.ศ. .......29 กันยายน 2560.................