**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ .**ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านปุโรง หมู่ที่ 2

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม หนูน้อยรักษ์ฟัน

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ .....องค์การบริหารส่วนตำบลปุโรง

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านปุโรง หมู่ที่ 2 มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการหนูน้อยรักษ์ฟัน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลปุโรง เป็นเงิน ๑๕,๐๐๐.-บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ ๑ : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)**

ทันต์สุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพอนามัย การมีทันต์สุขภาพอนามัยที่ดีปราศจากโรคในช่องปาก ฟันก็จะทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งถ้าหากมีสุขภาพปากและฟันที่ดีแล้วจะส่งผลให้สุขภาพกายดีไปด้วย เด็กปฐมวัย (๓-๖ ปี) เป็นวัยที่เด็กมีฟันน้ำนมขึ้นมาครบทุกซี่แล้ว โรคในช่องปากที่เป็นปัญหาของเด็กวัยนี้คือ โรคฟันผุ การสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนดมีผลเสียต่อบุคลิกภาพ การบดเคี้ยว ตลอดจนการเรียงตัวของฟันถาวรที่จะเกิดขึ้นมาแทนที่และมีผลต่อสุขภาพอนามัยของเด็ก การดูแลสุขภาพปากและฟันเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมให้นักเรียนได้กระทำเป็นกิจวัตรประจำวันให้ติดเป็นนิสัย

ดังนั้น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านปุโรง จึงจัดโครงการหนูน้อยรักษ์ฟันขึ้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีในเด็กปฐมวัย โดยมีกิจกรรมการตรวจสุขภาพฟันเด็ก สาธิตการแปรงฟันที่ถูกวิธีให้แก่ผู้ปกครอง และจัดให้เด็กมีการแปรงฟันทุกวันในช่วงพักกลางวัน หลังจากรับประทานอาหารกลางวันเรียบร้อยแล้ว และจะมีการประเมินผล โดยมีการจดบันทึกการแปรงฟันประจำวันทุกวัน เพื่อให้เด็กนักเรียนรู้จักการแปรงฟันด้วยตนเอง และมีสุขภาพช่องปากดีขึ้นและลดการฟันผุในเด็กปฐมวัยวัย

**๑. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

๑. เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนรู้จักการแปรงฟันด้วยตนเอง

๒. เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีสุขนิสัยที่ดีและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามวัย

๓. เพื่อลดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบในเด็กปฐมวัย

**๒. วิธีดำเนินการ**

๑. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาช่องปากและสาธิตวิธีการแปรงฟันอย่างถูกวิธีในเด็กปฐมวัย

๒. จัดทำโครงการเพื่ออนุมัติ

๓. ประชุมแจงคณะทำงาน

๔. .ประงานกับคณะกรรมการศูนย์ฯ เพื่อเตรียมสถานที่ ผู้ปกครองในกลุ่มเป้าหมาย ตามวันเวลาที่ออกดำเนินการ

- อบรม ครูผู้ดูแลเด็ก คณะกรรมการศูนย์ฯ ผู้ปกครอง และแม่ครัวศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านปุโรง เกี่ยวกับการดูแลรักษาช่องปากสาธิตวิธีการแปรงฟัน และการทาฟลูออไรด์วานิชเพื่อป้องกันฟันผุ โดยวิทยากรจากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติตำบลปุโรง ปีละ 2 ครั้ง อย่างถูกวิธีในเด็กปฐมวัย

- ติดตาม.สังเกตจากความสนใจของนักเรียนและการปฏิบัติตนในการแปรงฟัน หลังรับประทานอาหารและบ้วนปากทุกครั้งหลังจากการรับประทานอาหารและจดบันทึก

- สังเกตจากผลการตรวจสุขภาพฟันประจำวัน

- การซักถามความรู้ ความเข้าใจของนักเรียน เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการรักษาทันต-สุขภาพฟัน

**๓. ระยะเวลาดำเนินการ**

๘ กันยายน ๒๕๖๐

**๔. สถานที่ดำเนินการ**

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านปุโรง หมู่ที่ 2

**๕. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลปุโรง จำนวน 15,000.-บาท

๑. ป้ายไวนิลประชาสัมพันธ์โครงการขนาด ๑.๒๐x ๒.๕๐เมตร จำนวน ๑ ป้ายๆละ ๗๕๐.- บาท

เป็นเงิน ๗๕๐.- บาท

๒. ค่าวิทยากร ( วิทยากร 2 คน ) ๖ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท

วันที่ ๑ วิทยากร ๒ คน จำนวน ๔ ชั่วโมง

วันที่ ๒ วิทยากร ๑ คน จำนวน ๒ ชั่วโมง

จำนวน ๖ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐.- บาท

เป็นเงิน ๓,๖๐๐.-บาท  
 ๓. ค่าอาหารกลางวันพร้อมเครื่องดื่ม จำนวน 1 มื้อๆละ ๕๐.- บาท จำนวน 42 คน

เป็นเงิน ๒,๓๐๐.-บาท

๔. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๒ มื้อๆละ ๒๕.-บาท จำนวน 42 คน

เป็นเงิน ๒,๑๐๐.-บาท

๕. แปรงสีฟัน จำนวน 9 โหลๆละ 138 บาท

เป็นเงิน 1,242.-บาท

๖. ยาสีฟัน 28 หลอกๆละ 55 บาท

เป็นเงิน 1,540.-บาท

๗. สนุกกับนิทานสองภาษาไทย – อังกฤษ หนูน้อยฟันสวย ๙ ประการ เรื่อง

- นิทานฟันไม่ได้มีไว้กัด ราคาเล่มละ ๒๒๕.-บาท เป็นเงิน ๒๒๕.-บาท

- กุ๋งกิ๋งปวดฟัน ราคาเล่มละ ๙๕.-บาท เป็นเงิน ๙๕.-บาท

- หนูน้อยไม่อยากแปรงฟัน ราคาเล่มละ 56.-บาท เป็นเงิน ๕6.-บาท

- ไปหาหมอ ราคาเล่มละ ๕7.-บาท เป็นเงิน ๕7.-บาท

- ฟ. ฟันของเรา ราคาเล่มละ ๓๕.-บาท เป็นเงิน ๓๕.-บาท

- นิทานฟันน้ำนม ๒ ขวบ ราคาเล่มละ ๙๕.-บาท เป็นเงิน ๙๕.-บาท

- นิทานฟันน้ำนม ๓ ขวบ ราคาเล่มละ ๙๕.-บาท เป็นเงิน ๙๕.-บาท

- นิทานฟันน้ำนม ๔ ขวบ ราคาเล่มละ ๙๕.-บาท เป็นเงิน ๙๕.-บาท

8. โมเดลฟันปลอม จำนวน 1 ชุดๆละ 1,๒00 บาท

เป็นเงิน 1,๒๐๐.-บาท

9. ฟลูออไรด์วานิช จำนวน 1 หลอดๆละ 1500 บาท

เป็นเงิน 1,500 .-บาท

10. ภาพโปสเตอร์แปรงฟัน จำนวน 1 ภาพๆละ 15 บาท

เป็นเงิน 15 .-บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 15,000.-บาท (เงินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายทุกรายการ สามารถถัวจ่ายได้ตามความเหมาะสม

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

๑. เด็กนักเรียนร้อยละ ๘๐.๐๐ สามารถแปรงฟันได้ด้วยตนเอง

๒. เด็กนักเรียนร้อยละ ๘๐.๐๐ ยอมรับการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์

๓. เด็กร้อยละ ๘๐ ไม่มีฟันผุเพิ่มขึ้น

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

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

7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

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

7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

7.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

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

7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

7.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

7.4.1.7 การส่งสริมสุขภาพช่องปาก

7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

7.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

7.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

7.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

7.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.3.5 การส่งสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

7.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

7.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

7.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

7.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

7.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

7.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

7.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

7.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

7.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

7.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

7.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

7.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

7.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

7.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

7.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

7.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

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

( นางสาวซูไวมี จะกะปิ )

ตำแหน่ง ..รก.หน.ศพด.บ้านปุโรง.

วันที่ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐

**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/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........

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

( นายมะมิง สะแต )

ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปุโรง วันที่..............เดือน..........................พ.ศ.....................

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

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

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

**กำหนดการฝึกอบรมและการสาธิตการแปรงฟัน การตรวจสุขภาพช่องปาก และการเคลือบฟลูออไรด์วานิช**

**โครงการ**ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัย

**ระหว่างวันที่ 19 มกราคม, 1 กุมภาพันธ์, และ 1 มิถุนายน 2560**

**ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลปุโรง**

|  |  |
| --- | --- |
| **วัน/เวลา** | **สถานที่ / เรื่อง** |
| **วันที่ 19 ม.ค. 2560** | **ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลปุโรง** |
| 08.30 น. – 09.00 น. | ลงทะเบียน |
| 09.00 น. – 09.30 น. | ประธานเปิดการอบรม |
| 09.30 น. – 10.30 น. | บรรยายเรื่อง ทันตสุขภาพ สาธิตวิธีการแปรงฟัน โดย ..............................................  ตำแหน่ง ...................................................................................................................... |
| 10.30 น. – 11.00 น. | พักรับประทานอาหารว่างเช้า |
| 11.00 น. – 12.00 น. | บรรยายเรื่อง ทันตสุขภาพ สาธิตวิธีการแปรงฟัน โดย ..............................................  ตำแหน่ง ...................................................................................................................... |
| 12.00 น. – 13.00 น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน/ละหมาด |
| 13.00 น. – 15.00 น. | บรรยายเรื่อง การดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนเบื้องตนเมื่อเด็กไข้ โดย ....................... ตำแหน่ง ...................................................................................................................... |
| 15.00 น. | พักรับประทานอาหารว่างบ่าย |
| **วันที่ 1 ก.พ. 2560** | **ณ ศูนย์พัฒนาเด็กวัยเตาะแตะ หมู่ที่ 1** |
| 09.00 น. – 11.00 น. | กิจกรรมการสาธิตการแปรงฟัน การตรวจสุขภาพช่องปาก และการเคลือบฟลูออไรด์วานิชเพื่อป้องกันฟันผุ โดย...........................................................................................  ตำแหน่ง ...................................................................................................................... |
| **วันที่ 1 มิ.ย. 2560** | **ณ ศูนย์พัฒนาเด็กวัยเตาะแตะ หมู่ที่ 1** |
| 09.00 น. – 11.00 น. | กิจกรรมการสาธิตการแปรงฟัน การตรวจสุขภาพช่องปาก และการเคลือบฟลูออไรด์วานิชเพื่อป้องกันฟันผุ โดย...........................................................................................  ตำแหน่ง ...................................................................................................................... |
| **ตลอดปีการศึกษา** | กิจกรรมการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารกลางวัน |

**หมายเหตุ**

กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม