ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุ ๐-๗๒ เดือน

๑. ผลการดำเนินงาน ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นทุกกิจกรรม ตามโครงการแล้ว

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

☑ บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๙,๑๕๐ บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๙,๑๕๐ บาทคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ - บาทคิดเป็นร้อยละ -

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☑ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อ [signature] ผู้รายงาน

([illegible])

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชำนาญงาน

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๒๙ กันยายน ๒๕๖๐