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

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การเขียนโครงการเพื่อขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลคลองหรัง ในปีงบประมาณ 2560**

**1. ผลการดำเนินงาน**

๑. ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้เรียนรู้และเข้าใจ หลักการเขียนโครงการเพื่อขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลคลองหรัง

 2 ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถเขียนโครงการเพ่อขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลคลองหรัง ได้อย่างถูกต้อง

 3 ผู้รับการอบรมมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลคลองหรัง

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🗹 บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .......................26............. คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ 13,000 บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง 31,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 100

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🗹 ไม่มี

 🞎 มี

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

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

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

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

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

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

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

  (น.ส.ธัญทิศา พุฒแก้ว)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานสาธารณสุข