

ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลทุ่งยาว ครั้งที่ ....2..... / 2560.....  
เมื่อวันที่ ....16.....พฤษภาคม.....2560..... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน  
จำนวน .....15,515.-..... บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันห้าร้อยสิบห้าบาทถ้วน)  
เพราะ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ และเป็นกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุข  
เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3)

ภายในวันที่ .....15...กันยายน...2560....

ลงชื่อ .....

(นายบุญโชค ชัยเกษตรสิน)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ

วันที่-เดือน-พ.ศ. .... 23 พ.ค. 2560 .....