

นางสาวณิชากร มณีธรรม

นางสาวณิชากร มณีธรรม ศึกษานิเทศก์ สำนักงานเขตพื้นที่



ผู้ช่วยแพทย์ ประจำโรงพยาบาล
นายแพทย์สมชาย ใจดี
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
และนางสาวณิชากร มณีธรรม

บทสรุปผลงานอบรม

บทสรุปและงานสรุปกิจกรรม



สรุปผลและบทสรุปงานอบรม
โดยผู้จัดทำโครงการและคณะผู้จัดทำ
โครงการอบรมและงานสรุปกิจกรรม
และงานสรุปโครงการ

สรุปผลการดำเนินงานโครงการ

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

โครงการพฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลต่อครอบครัวระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

๑. ผลการดำเนินงาน

๑. จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เพื่อวางแผนในการดำเนินงาน วันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว

๒. สสำรวจประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุม
โรคไม่ได้ดี จำนวน ๒๐ คน

๓. จัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้เรื่องการประกอบอาหารเฉพาะโรคแก่ผู้ดูแลและสมาชิกอาสาสมัคร
โรค/รายละเอียดโรคเรื้อรังแก่กลุ่มเป้าหมาย ในวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม ๒ รพ.ควนโดน

๔. เจ้าหน้าที่ร่วมกับแกนนำสัมภาษณ์ / ติดตาม / ส่งเกต พฤติกรรมการประกอบอาหารถึงครัว
จากการเยี่ยมบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูลและบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนหลังการเรียนรู้

๕. นัดผู้ช่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาตรวจสุขภาพในสถานบริการ/ในชุมชนเพื่อติดตามผล
พร้อมบันทึกในแบบสำรวจแบบสำรวจความดัน/เบาหวานด้วยบิงปองจรรยาชีวิต ๗ สี

๖. ประเมินผลและรายงานผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- แม่บ้าน / ผู้ดูแล ของผู้ป่วยความดัน - เบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดและ
ระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ปกติ จำนวน ๒๐ ราย

เครื่องมือที่ใช้

- แบบสอบถามพฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลผู้ป่วย
- แบบบันทึกสำรวจความดัน/เบาหวานด้วยบิงปองจรรยาชีวิต ๗ สี เดือนละ ๑ ครั้ง ต่อเนื่อง ๖ เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

พฤติกรรมการประกอบอาหาร

- การรับประทานอาหารเฉพาะโรค
- การประกอบอาหารเองในครัวเรือน
- การใช้เครื่องปรุงในการประกอบอาหาร
- การรับประทานอาหารระหว่างมื้อ/อาหารเสริม
- วิถีชีวิตในการประกอบอาหาร/การจัดเมนูอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

- กินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำซาก
- กินผักและผลไม้
- กินขนมหวานและอาหารรสหวาน
- กินอาหารประเภททอดและผัด
- กินอาหารประเภทแข็ง อย่าง
- กินแกงที่มีส่วนผสมของกะทิ
- กินอาหารหมักดองและรสเค็ม
- ดื่มน้ำอัดลม
- ดื่มสุรา
- แอลกอฮอล์
- เบียร์หรือเครื่องดื่มที่มี

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

- ใน ๑ วันคนเราต้องกินอาหารให้ครบ ๕ หมู่
- การเติมเครื่องปรุงในอาหารทำให้รสชาติอาหารดีขึ้น
- เนื้อสัตว์ติดมันนำมาทำอาหารจะอร่อยกว่าเนื้อไม่ติดมัน

ระดับน้ำตาใจเมื่อคิดถึง

ระดับความตื่นโหด

ผู้ปวยรายใหม่ลดลง

ผู้ปวยรายเก่า
สามารถควบคุมโรค
ได้ดี

โอกาสเสี่ยงในการเป็นกลุ่มโรค NCDs ได้ มากถึง ๘๐% เลยทีเดียว ลดโอกาส ในการเป็นมะเร็งได้ ๕๐% โรค
หลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคเบาหวาน ประเภทที่๒ ได้ถึง ๘๐% ดังนั้น การกระตุ้นให้ประชาชน
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะเป็นวิธีลดอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่ต้นเหตุและ มีความยั่งยืนที่สุด

(ลงชื่อ)

ผู้รายงาน

(นางศศฉาพร ภักธราภินันท์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐

ภาพกิจกรรม

ภาพกิจกรรมสาธิตอาหารเมี่ยงพะโศกในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล



แบบสอบถาม

พฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วย

หมู่ที่ ๕ และ ๖ ต.ความสตอ อ.ควนโดน จ.สตูล

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง โดยตอบตามความเป็นจริง

เพศ..... อายุ..... ปี อาชีพ..... รายได้..... บาท/เดือน

๑.๑ โรคประจำตัว

โรคเบาหวาน เป็นมา.....ปี ไม่มี

โรคความดันโลหิตสูง เป็นมา.....ปี

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นมา.....ปี

โรคอื่นๆ ระบุ..... เป็นมา.....ปี

๑.๒ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

บุตร สามี ภรรยา พี่ น้อง ญาติ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ ๒ พฤติกรรมการประกอบอาหาร

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง โดยตอบตามความเป็นจริง

๒.๑ ท่านเคยได้รับข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่

เคย ได้รับจาก.....

ไม่เคย

๒.๒ ท่านประกอบอาหารรับประทานเองในครัวเรือนหรือไม่

ทุกมื้อ บางมื้อ ไม่ประกอบอาหารเองเลย

๒.๓ การใช้เครื่องปรุงในการประกอบอาหาร

- เกลือ ผงชูรส น้ำปลา ซีอิ๊วขาว น้ำตาล น้ำมันหอย
- ผงชูรส / ผงปรุงรส กะปิ อื่นๆ ระบุ

(สามารถตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

๒.๔ การปรับเปลี่ยนอาหารระหว่างมื้อของผู้ป่วย

- รับประทานอาหาร ระบุ.....
- ไม่รับประทานอาหาร

๒.๕ การรับประทานอาหารเสริมหรือสมุนไพรของผู้ป่วย

- รับประทานอาหาร ระบุ.....
- ไม่รับประทานอาหาร

๒.๖ วัตถุประสงค์ในการประกอบอาหาร/การจัดเมนูอาหาร

- ผัก จำนวน.....มื้อ
- เนื้อสัตว์ จำนวน.....มื้อ
- ปลา จำนวน.....มื้อ
- ผลไม้ จำนวน.....มื้อ
- อื่นๆ จำนวน.....มื้อ

ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำ ตอบตามความเป็นจริง โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

พฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย	ความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์				
	(๑) ประจำ ทุกวัน	(๒) ๕-๖ วัน	(๓) ๓-๔ วัน	(๔) ๑-๒ วัน	(๕) ไม่เคย เลย
๑.กินอาหารหลากหลาย ^{ไม่ซ้ำซาก} (ครบ ๕ หมู่)					
๒.กินผักและผลไม้					
๓.กินขนมและอาหารรสหวาน					
๔.กินอาหารประเภททอดและผัด					
๕.กินอาหารประเภทแป้ง ^{อย่าง}					
๖.กินแกงที่มีส่วนผสมของกะทิ					
๗.กินอาหารหมักดองและรสเค็ม					
๘.ดื่ม ^{น้ำ} แอลกอฮอล์					
๙.ดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
๑๐.ออกกำลังกายโดยการวิ่ง เดิน เต้นแอโรบิค เล่นกีฬา ฯลฯ					

ส่วนที่ ๔ ทัศนคติเกี่ยวกับ การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำ ตอบตามความเป็นจริง โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|----------------------|---------|-------------------------------|
| ๑.เห็นตัวอย่างยิ่ง | หมายถึง | รู้สึกดี และเห็นชอบมากๆ |
| ๒.เห็นด้วย | หมายถึง | รู้สึกดี และเห็นชอบ |
| ๓.เห็นด้วยน้อย | หมายถึง | รู้สึกดี และเห็นชอบน้อย |
| ๔.เห็นด้วยน้อยที่สุด | หมายถึง | รู้สึกดี และเห็นชอบน้อยที่สุด |

ทัศนคติ	ทัศนคติต่อการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย			
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
๑.ท่านคิดว่าใน ๑ วัน คนเราจำเป็นต้องกินอาหารให้ครบ ๕ หมู่				
๒.การเติมเครื่องปรุงในอาหารทำให้รสชาติอาหารดีขึ้น				
๓.เนื้อสัตว์ติดมันเมื่อนำมาทำอาหารจะอร่อยกว่าเนื้อไม่ติดมัน				
๔.ผลไม่จำพวกระยะ ที่เรียน ลองกอง สามารถกินเยอะๆ ได้				
๕.การทำงานที่เหมือนกับการออกกำลังกาย				

แบบประเมินความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้
ของผู้เข้าร่วมการอบรม / สัมมนา

ชื่อโครงการ/พฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลต่อกรควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วย ต.ความสตอ อ.ความโดน จ.สตูล

คำอธิบายแบบประเมินฉบับนี้ทั้งหมด 3 ตอน ขอให้ผู้ตอบแบบประเมินตอบให้ครบทั้ง 3 ตอน เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ต่อไป

ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหน้าข้อความ

1. เพศ

หญิง ชาย

2. อายุ

18-24 ปี 25-35 ปี 36-45 46-5 56 ปีขึ้นไป

3. การศึกษา

ม.6 ปวช. ศ. ปริญญาตรี ปริญญาโท บริณุปริญญาเอก

4. อาชีพ

นักศึกษา ข้าราชการ พนักงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้าง

ธุรกิจส่วนตัว อื่นๆ.....

5. ทำนฉบับถือศาสนา

อิสลาม พุทธ อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ต่อการเข้าร่วมโครงการ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้

ของท่านเพียงระดับเดียว

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้				
	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
ด้านวิชาการ					
1. การเตรียมตัวและความพร้อมของวิทยากร					
2. การถ่ายทอดของวิทยากร					
3. สามารถอธิบายเนื้อหาได้ชัดเจนและตรงประเด็น					
4. ใช้ภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย					
5. การตอบคำถามของวิทยากร					
6. เอกสารประกอบการบรรยายเหมาะสม					

ด้านสถานที่ / ระยะเวลา / อาหาร					
1. สถานที่สะอาดและมีความเหมาะสม					
2. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์					
3. ระยะเวลาในการอบรม / สัมมนา มีความเหมาะสม					
4. อาหาร มีความเหมาะสม					
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่					
1. การบริการของเจ้าหน้าที่					
2. การประสานงานของเจ้าหน้าที่โครงการ					
3. การอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่					
4. การให้คำแนะนำหรือตอบข้อซักถามของเจ้าหน้าที่					
ด้านความรู้ความเข้าใจ					
1. ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ก่อนการอบรม					
2. ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้หลังการอบรม					
3. สามารถตอบประโยชน์ได้					
4. สามารถบอกข้อดีได้					
5. สามารถอธิบายรายละเอียดได้					

ใบสำคัญลงบัญชี โรงพยาบาลนวนิเดน
8 กันยายน 2560

เลขที่.....
สมุดรายวันเงินจ่าย

ที่เอกสาร	รายการ(อ้างอิง) รหัสบัญชี	ชื่อบัญชี	เดบิต	เครดิต
	จ่าย ค่าใช้จ่ายโครงการ		5,900.00	0.00
	พฤติกรรมการประกอบ	103		
	อาหารของผู้ดูแลต่อการ			
	ความคุ้มครองน้ำตาลและการ			
	ความดันโลหิตของผู้ป่วย			
	(เงินกองทุนอบต.ความ			
	สดอ)=5,900 (ได้ยืมเงิน			
	บำรุงเมื่อ 21/6/60=5,700)			
		1101030102เงินฝากธนาคาร-นอก	0.00	200.00
		10101 งบประมาณ ออมทรัพย์ เงิน		
		บำรุง เลขที่ 919-1-13094-8		
		1102010108ลูกหนี้เงินยืม - เงินบำรุง	0.00	5,700.00
		.101		
			<u>5,900.00</u>	<u>5,900.00</u>
	รวมส่วน	สมุดรายวันเงินจ่าย	3	รายการ
			<u>5,900.00</u>	<u>5,900.00</u>

ผู้จัดทำ.....*ศุภัทรา*

ผู้อนุมัติ.....

ผู้ลงบัญชี.....*ศุภัทรา*

ใบสำคัญลงบัญชี โรงพยาบาลนโตน
8 กันยายน 2560

เลขที่.....

สมุดรายวันทั่วไป

ที่เอกสาร	รายการ(อ้างอิง) รหัสบัญชี	ชื่อบัญชี	เดบิต	เครดิต
	ปรับปร่ง รายได้เงิน ช่วยเหลือรอกการรับร้เข้า ช่วยเหลือรอกการช่วยเหลือ เพื่อการดำเนินงานจาก อปท. เป็นคชจ. โครงการ พฤติกรรมการประกอบ อาหารของผู้ดูแลต่อการ ควบคุมระดับน้ำตาลและ ความดันโลหิตของผู้ป่วย (เงินกองทุนอบต.ควนสตอ) (ท.4450)	2109010199 รายได้เงินช่วยเหลือรอกการรับร้ 101	5,900.00	0.00

4302010106 รายได้จากการช่วยเหลือเพื่อ
101 การดำเนินงานจาก อปท.

รวมส่วน	สมตรายวันทั่วไป	2	รายการ	5,900.00	5,900.00
---------	-----------------	---	--------	----------	----------

ผู้จัดทำ.....*ศุภนภา*

ผู้อนุมัติ.....

ผู้ลงบัญชี.....*ศุภนภา*

ทะเบียนค้ำประกันเงินยืม - เงินบำรุง ปีงบประมาณ 2560

เลขที่ใบยืม	ชื่อผู้ยืมเงิน	รายการ	จำนวนเงิน	วันที่ยืม	วันครบกำหนด	รายการส่งใช้		วันที่ส่งใช้	คงเหลือ
						ใบสำคัญ	เงินสด		
1	นส.อาภัสสร จันทร์ศิริรุ่ง	เงินเดือน ตค.59	15,000.00	26/10/2559	26/11/2559		15,000.00	23/2/2560	-
2	นส.ชนิภรณ์ อนันต์วัฒนานนท์	เงินเดือน ตค.59	15,000.00	26/10/2559	26/11/2559		15,000.00	23/2/2560	-
3	นส.อาภัสสร จันทร์ศิริรุ่ง	เงินเดือน พย.59	15,000.00	6/12/2559	6/1/2560		15,000.00	23/2/2560	-
4	นส.ชนิภรณ์ อนันต์วัฒนานนท์	เงินเดือน พ.ย.-ธ.ค.59	30,000.00	4/1/2560	4/2/2560		30,000.00	23/2/2560	-
5	นางสาวขอพียา ไม้มะหาด	อบรมปฐมนิเทศข้าราชการใหม่	12,390.00	7/2/2560	7/3/2560		12,390.00	10/3/2560	-
6	นางสาวปาริชาติ มะฮูน	เงินเดือน ม.ค.60	18,000.00	22/2/2560	22/3/2560		18,000.00	2/5/2560	-
7	นายพงศ์ภัทร มหาทุมะรัตน์	ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฯ ม.ค.60	25,000.00	8/3/2560	8/4/2560				25,000.00
8	นางกษมา บุญตาหา	เงินโครงการฯ รพ.ละงู	20,200.00	14/6/2560	14/7/2560				20,200.00
9	นางดุขฎิ์ สุมาลี	เงินโครงการฯ อบต.ควนสตอ	7,800.00	21/6/2560	21/7/2560				7,800.00
10	น.ส.อุบลวรรณ พันกาแด	ประชุมเทคนิคการแพทย์	7,500.00	21/6/2560	21/7/2560	7,500.00		17/7/2560	-
11	นางสถาพร ภัทรภินันท์	เงินโครงการฯ อบต.ควนสตอ	10,000.00	21/6/2560	21/7/2560	10,000.00		8/9/2560	-
12	น.ส.ขอพียา ไม้มะหาด	เงินโครงการฯ อบต.ควนสตอ	5,700.00	21/6/2560	21/7/2560	5,700.00		8/9/2560	-
13	น.ส.อุบลวรรณ ดวงดี	เงินโครงการฯ อบต.ควนสตอ	7,500.00	13/7/2560	13/8/2560	7,500.00		25/8/2560	-
14	น.ส.ขวัญนภา นวลศรี	อบรมโครงการนำร่องระบบ GFMS	5,686.00	14/7/2560	14/8/2560	5,686.00		9/8/2560	-
	รวมทั้งสิ้น						105,390.00		53,000.00

ชื่อ - สกุล
2. เลขประจำตัว
3. ต่ำ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลขอนแก่น งานส่งเสริมสุขภาพ โทร (๐๙๔)๗๕๕๒๖๓-๔ ต่อ ๑๓๑

ที่ สศ ๐๐๒๗.๓๐๔/

วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินงานกิจกรรมโครงการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ด้วยกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลขอนแก่น ได้จัดทำโครงการพฤติกรรม
การประกอบอาหารของผู้ดูแลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ความ
สอดคล้องคน โคน จ.สตูล ปี ๒๕๖๐ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล อบต.ความ
จำนวน ๕,๕๐๐ บาท จึงขออนุมัติจัดกิจกรรมตามโครงการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ วันที่ ๓ ก.ค.๒๕๖๐ ที่ห้องประชุมกลุ่มงานเวชฯ
๒. ดำรงกลุ่มเป้าหมายคือผู้ดูแล/ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน
๓. จัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้เรื่องการประกอบอาหารเฉพาะโรค/สัปดาห์อาหารดีมีสุขภาพประจำ
ถิ่น/กลไกการเกิดโรคเรื้อรัง วันที่ ๖ ก.ค. ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม ๒ โรงพยาบาลขอนแก่น
๔. เจ้าหน้าที่ร่วมกับแกนนำลงเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์/สังเกต/ติดตาม พฤติกรรมการประกอบอาหาร
ของผู้ดูแลถึงครัวด้วยเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล จำนวน ๒ ครัว
วันที่ ๑๔ ก.ค.และ ๑๑ ส.ค. ๒๕๖๐
๕. นัดผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงตรวจสุขภาพและติดตามผลการตรวจในสถานบริการใน
ชุมชนเพื่อประเมินผลก่อน/หลังการดำเนินงานพร้อมบันทึกในรูปแบบสำรวจความดัน/เบาหวานด้วย
ป้องกันการเจริญเติบโต ๑/๖/๑๒ เดือน
๖. วิเคราะห์ข้อมูล/สรุปผล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(นางสถาพร กัทรากินันท์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลควนสตอ

เรื่อง ขอบเสนอ โครงการพฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วย ต.ควนสตอ อ.ควนโดน จ.สตูล

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลควนสตอ

ด้วย โรงพยาบาลควนโดน มีความประสงค์จะจัดทำโครงการพฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วย ต.ควนสตอ อ.ควนโดน จ.สตูล ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลควนสตอ เป็นเงิน ๕,๕๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

หลักการและเหตุผล

Noncommunicable diseases (NCDs) หรือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งประกอบไปด้วยโรคหลัก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน กลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 38 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี หรือคิด เป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดใน พ.ศ. 2555 และมากกว่า 16 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตในช่วงอายุต่ำกว่า 70 ปี หรือเรียกว่าเป็นการตายก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะในกลุ่ม ประเทศที่มีรายได้ต่ำ ๆ และปานกลาง มีผลกระทบจากการตายก่อนวัยอันควรถึงร้อยละ 82 ซึ่งส่ง ผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยมีการประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจในช่วง 15 ปีข้างหน้า ที่ประมาณ 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ

สำหรับอำเภอควนโดน พบว่าในปี 2559 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 2,584 คน ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 784 คน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ตั้งอยู่จำนวน 899 คน คิดเป็นร้อยละ 34.79 และควบคุมเบาหวานได้ดี จำนวน 88 คน คิดเป็น ร้อยละ 11.22 ซึ่งกลุ่มที่เหลือที่ไม่สามารถ

ควบคุมได้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาสูง ดังนั้นในการแก้ปัญหาที่มีเป้าหมายที่จะพัฒนาคนให้มีความเข้มแข็ง ทั้งปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มี ศักยภาพในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ มีการเรียนรู้ร่วมกัน มีส่วนร่วมในการสร้าง และจัดการ ระบบสุขภาพ ที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน จากการศึกษาสุขภาพของ ประชาชนในชุมชน พบว่าประชาชนป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมัน ในเส้นเลือด ภาวะเครียด และมีพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนี้ รับประทานอาหารที่มี ไขมัน อาหารที่รสหวาน ไม่ออกกำลังกาย การพัฒนาระบบสุขภาพ ตามองค์การอนามัยโลกที่จะรองรับการดูแลสุขภาพปัญหา สุขภาพเรื้อรังให้ได้นั้นต้องประกอบด้วยหุ้นส่วน สำคัญ 3 ส่วนคือผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และ ระบบบริการสาธารณสุข (สุพัตรา ศรีวิเศษชการ และคณะ, 2552) ซึ่งแต่ละหุ้นส่วนมีบทบาทและ การตอบสนองของบทบาทที่แตกต่างกันภายใต้ 60 วาระการถือการณีย์ ปีที่ 21 ฉบับนี้

สุภาพชุดดา

ที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2557 เป้าหมายเดียวกันคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ ครอบครัวที่สามารถมีส่วนร่วมซึ่งต้องมีการเชื่อมโยง และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ยาวนาน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนให้เพิ่มขึ้น ความสามารถ ในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมและรับผิดชอบในการดูแลตนเอง สร้างศักยภาพให้มีความสามารถ ดูแลจัดการตนเองและดูแลผลกระทบของความ เจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดกับบุคคล (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2552) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมรับปัญหาและสาเหตุของปัญหา กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา วางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาดังตนเอง และพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ญาติเป็นผู้บุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจาก ผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม บุคคล ที่เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับ ต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคม อาจมาจาก บุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เฮาส์ (House, 1981, cited by Tilden, 1985) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่และห่วงใย ความไว้วางใจ ความ ช่วยเหลือ ด้านเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูล ข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง โรงพยาบาลควมได้มีจึงมีความประสงค์จะจัดทำโครงการพฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ค.ความสอดคล้อง อ.ความโดดเด่น จ.สอดคล้อง ในเชิงประจักษ์ พ.ศ.๒๕๖๐ ขึ้น โดยมุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๑. ศึกษาพฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลผู้ป่วย ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับ ความดันโลหิตของผู้ป่วย
๒. ศึกษาพฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร
๓. ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถทราบกรอบอาหารเฉพาะโรคได้ถูกต้องเหมาะสม
๔. ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถคัดสรรวัตถุดิบและเครื่องปรุงใช้ในการประกอบอาหารที่เหมาะสม

วิธีดำเนินการ

๑. จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เพื่อวางแผนในการดำเนินงาน
๒. สืบารวจประชากรกลุ่มเป้าหมาย
๓. เทรียมวัสดุ อุปกรณ์ในการตรวจ/เนื้อหาในการจัดฐานการเรียนรู้
๔. จัดทำโครงการ เพื่อขออนุมัติ
๕. ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
๖. จัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้เรื่องกรอบอาหารเฉพาะโรคด้วยแม่แบบผู้ดูแล/

รายละเอียดเอกสารเกิดโรคเรื้อรัง

๓. เจ้าหน้าที่ร่วมกับแกนนำสัมภาษณ์ / ติดตาม / สัมภาษณ์ พฤติกรรมการประกอบอาหารถึงขั้นครัว และบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนและหลังดำเนินการ

๔. นักผู้ช่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาตรวจสุขภาพในสถานบริการ/ในชุมชนเพื่อติดตามผล และประเมินผลและรายงานผล

ระยะเวลาดำเนินการ

กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

สถานที่ดำเนินการ

หมู่ที่ ๕ และหมู่ที่ ๖ ตำบลควนสะอาด อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

- แม่บ้าน / ผู้ดูแล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/ เบาหวาน จำนวน 40 ราย
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/ เบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี จำนวน 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้

- แบบสอบถามพฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลผู้ป่วย
- แบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังความดัน/เบาหวานด้วยบิงปองจรรยาชีวิตเจ็ดสีเดือนละ ๑ ครั้ง ต่อเนื่อง ๖ เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- สัมภาษณ์ / ติดตาม / สัมภาษณ์ พฤติกรรมการประกอบอาหารถึงขั้นครัว
- การตรวจร่างกาย(ซึ่ง บันทึก วัดรอบเอว วัดความดัน เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว) โดยนักกลุ่มเป้าหมายมาพร้อมกัน กลุ่มที่เฝ้าติดตาม จะลงไปเจาะที่บ้าน

งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลควนสะอาด จำนวน ๕,๕๐๐ บาท รายละเอียด ดังนี้

- ✓ - ค่าอาหารว่าง/อาหารกลางวันสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในการอบรมให้ความรู้ จำนวน ๕๐ คนละ ๑๐๐ บาท จำนวน ๑ วัน เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท
- ✓ - ค่าจัดทำแบบสอบถามพฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลและแบบเฝ้าระวังความดัน/เบาหวานด้วย บิงปองจรรยาชีวิตเจ็ดสี จำนวน ๕๐ ชุดๆละ ๕ บาท เป็นเงิน ๒๐๐ บาท
- ✓ - ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน ๓ คนๆละ ๓๐๐ บาท เป็นเงิน ๙๐๐ บาท
- ค่าตอบแทนแกนนำในการเก็บ/วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการ จำนวน ๔ คนๆละ ๑๐๐ บาท ๒ ครั้ง เป็นเงิน ๘๐๐ บาท

รวม ๕,๕๐๐ บาท

งบประมาณแต่ละรายการสามารถถ่ายโอนจ่ายแทนกันได้

สมิทกฤษณ์

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๕. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน , ความดัน ภายใต้อาการควบคุมโรคได้ดี
- ๖. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน , ความดัน ภายใต้อัตราลดลง
- ๗. นำข้อมูลมาวางแผนในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อไป
- ๘. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน , ความดัน ภายใต้อัตราลดลง

7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เล็กลงเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักที่ใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ ฝึกอบรมอนุมัติแล้ว)

- 7.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯพ.ศ. 2557ข้อ 7) ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน รพ.ควนโดน
- 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
 - 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น งานอนามัยและสิ่งแวดลอม สำนักงานปลัด อปท.
 - 7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
 - 7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่งานสาธารณสุข 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 สนับสนุนการเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแบบที่ยื่นประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ 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
- 7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก
- 7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
 - 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

ผู้ทำรายงาน

- 7.4.5.1.7 การคัดกรองและผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- 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 การณรงค์/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
- 7.4.6 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
- 7.4.7 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

(ลงชื่อ) ผู้เขียนโครงการ/กิจกรรม



(นางสาวชอพิยา ไข่มะหาด)

ตำแหน่ง นักวิชาการ ปฏิบัติการ

14 มีนาคม 2560

(ลงชื่อ) ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม



(นางศถาพร ภัทรภินันท์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

14 มีนาคม 2560



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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลความสะอาด
ครั้งที่ 2 / 2560 เมื่อวันที่ 11 เมษายน พ.ศ.2560 ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน 5,700 บาท
เพราะ เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือ
หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่3)
ภายในวันที่

ลงชื่อ 

(นายตาละ นานาเฉลิม)

ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลความสะอาด

วันที่ 11 มิ.ย. 2560



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลความโคน กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โทร (๐๗๔)๗๕๒๖๗๓๐ ๑๓๑

ที่ สศ ๐๐๒๗.๓๐๔/๕๒๓

วันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเป็นวิทยากร

เรียน สาธารณสุขอำเภอความโคน

ด้วยโรงพยาบาลความโคน ได้จัดทำโครงการพฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย โรงพยาบาลความโคน ตำบลความสตอ อำเภอความโคน จังหวัดสตูล ปี ๒๕๖๐ โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลความสตอ

ในการนี้โรงพยาบาลความโคนจึงมีความประสงค์ขอเชิญคุณณอมสิน หิรัญสิทธิ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.กุ่มงปะพะไหลล ซึ่งเป็นบุคลากรที่สังกัดในหน่วยงานของทางร่วมเป็นวิทยากรในโครงการดังกล่าว บรรยายในเรื่องการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโยคะลดพุง ในวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม ๒ โรงพยาบาลความโคน เวลา ๑๔.๐๐ – ๑๕.๐๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(นายสุพล เจริญวิภักดิ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความโคน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลความโค่น กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โทร (๐๗๔)๗๕๒๖๓๓๑
ที่ สค ๐๐๒๖.๓๐๔/๕๒๓ วันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐
เรื่อง ขอเชิญเป็นวิทยากร เรื่อง ให้น้ำหนักผู้ป่วยในและโรงครัว

ด้วยโรงพยาบาลความโค่น ได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพการประกอบอาหารของผู้ดูแลต่อการ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย โรงพยาบาลความโค่น ตำบลความสดอ อำเภอ
ความโค่น จังหวัดสตูล ปี ๒๕๖๐ โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การ
บริหารส่วนตำบลความสดอ

ในการนี้โรงพยาบาลความโค่นจึงมีความประสงค์ขอเชิญบุคลากรที่สังกัดในหน่วยงานของ
ท่านร่วมเป็นวิทยากรในโครงการดังกล่าว ดังต่อไปนี้

- ๑.คุณวิภาดา จันทศรีราช ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ บรรยายในเรื่องผู้สูงอายุที่ไม่
ติดต่อ ในวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม ๒ โรงพยาบาลความโค่น เวลา ๑๐.๐๐ – ๑๑.๐๐ น.
- ๒.คุณมาลีณา นาราวัน ตำแหน่งนักโภชนาการ บรรยายในเรื่องการประกอบอาหารเฉพาะ
โรคสำหรับผู้ดูแลและสาธิตอาหารเมนูสุขภาพ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความโค่น

กำหนดการกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลการประกอบอาหารของผู้ดูแลต่อากรความคุ้มครองขั้นต้นในตลาดในเลือดและ
ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย
โรงพยาบาลวชิรเมธี ตำบลความสะอาด อำเภอความชื้น จังหวัดสตูล ปี 2560

เวลา	กิจกรรม
08.30-09.00 น.	-ลงทะเบียน / รับเอกสาร
09.00-09.30 น.	-ประเมินสุขภาพ / ตรวจร่างกายเบื้องต้น/ตรวจสมรรถภาพทางกาย / องค์กรประกอบในร่างกาย (คุณสมบัติพร ภักธภิญโญ)
09.30-10.00 น.	-Pre test / กิจกรรมเตรียมความพร้อมและละลายพฤติกรรม (คุณสมบัติพร ภักธภิญโญ)
10.00-10.15 น.	-รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
10.15-11.00 น.	-บรรยายความรู้.....ผู้ภัยโรคไม่ติดต่อ/กลไกการเกิดโรค/ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์(คุณวิภาดา จันทศิริราช)
11.00-12.00 น.	-บรรยายความรู้การประกอบอาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้ดูแล / กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ (คุณมาลีณา นาราวาน)
12.00-13.00 น.	-รับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.00 น.	-สารอาหารเมนูสุขภาพประจำถิ่น(ฝึกปฏิบัติจัดเมนูอาหารการประกอบอาหารและคำนวณแคลอรี) (คุณมาลีณา นาราวาน)
14.00-14.15 น.	-รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
14.15-15.15 น.	-บรรยายความรู้.....อ. ออกกำลังกาย/ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ (ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย โยคะละลพุง) (คุณณอนณสิน หิรัญสิทธิ์)
15.15-15.30 น.	-สัญญาณใจ
15.30-16.00 น.	-Post test
16.00-16.30 น.	-พูดคุย / ซักถามปัญหา / ประเมินผลการจัดกิจกรรม



บัตรประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 1 9199 00075 87 1
Identification Number

ชื่อและสกุล น.ส. วิภาดา จันทศรีราช

Name Miss Wipada

Last name Jantashirai

เกิดวันที่ 30 เม.ย. 2531

Date of Birth 30 Apr. 1988

ศาสนา พุทธ

อายุ 32 ปีที่ 6 ค.พ.ผู้เยาว์ อ.ความาหลง

จุดสี

18 พ.ค. 2555

Valid until

18 MAY 2012

Date of issue



กระทรวงมหาดไทย

กรมการปกครอง

สำนักงานทะเบียนราษฎร

29 เม.ย. 2564
วันหมดอายุ
29 Apr. 2021
Date of expiry

9103-01-05181111



นางสาว วิภาดา จันทศรีราช
เกิดวันที่ 30 เม.ย. 2531
เลขประจำตัวประชาชน 1 9199 00075 87 1

BORA-26-05



057 975-26

ใบคำขอรับเงิน

เขียนที่โรงพยาบาลควนโดน

วันที่ 6 กรกฎาคม 2560

ข้าพเจ้า นางถนอมสิน หิรัญสิทธิ์ เลขบัตรประชาชน 3910100376122 อยู่บ้านเลขที่ 15/1 หมู่ที่

2 ค.ตลุง อ.เมือง จ.สตูล ได้รับเงินจากโรงพยาบาลควนโดน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สตางค์
1.	- ค่าตอบแทนวิทยากรอบรมโครงการพฤติกรรมกรรมการประกอบอาหาร ของผู้ดูแลต่อกรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดัน โลหิตของผู้ป่วย จำนวน 1 ชม. ภาย 300 บาท เป็นเงิน ชำระเงินแล้ว (นางสาวพร อมรสิทธิ์)	300	-
	รวมเงิน	300	-

(จำนวนเงิน - ตามรื้อยบาทถ้วน-)

ตัวอักษร

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

อนุมัติ

(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน



บัตรประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน: 3 9101 00376 12 2
Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาง อานอมสิน หิรัญสถิตย์
Name Mrs. Thanomsin

ชื่อ นามสกุล Hiranseatt
Last name

เกิดวันที่ 5 พ.ค. 2515
Date of Birth 5 May 1972

ศาสนา พุทธ
ศาสนา พุทธ

อายุ 157 หมู่ที่ 2 อ.เมืองสุราษฎร์ธานี
อายุ 157 หมู่ที่ 2 อ.เมืองสุราษฎร์ธานี

2 พ.ค. 2559
2 Nov. 2016

วันหมดอายุ
Date of Issue

4 พ.ค. 2568
4 May 2025

วันหมดอายุ
Date of Expiry



148 130
9101-00-11021031

Handwritten notes in Thai script, including a signature and the number 9101-00-11021031.

2417 60

ใบคำขอรับเงิน

เขียนที่โรงพยาบาลความโคณ

วันที่ 6 กรกฎาคม 2560

ข้าพเจ้า นางสุไฉลา เกษสา เลขบัตรประชาชน 1910200032712 อยู่บ้านเลขที่ 192 หมู่ที่ 2

ต.วังประจัน อ.ความโคณ จ.สตูล ใ้รับเงินจากโรงพยาบาลความโคณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สตางค์
1.	- ค่าอาหารกลางวัน/ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการพฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลต่อครอบครัวระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย จำนวน 40 คนๆละ 100 บาท 1 มื้อ เป็นเงิน ชำระเงินค่า <i>(Changkorn Ramrakhanth)</i>	4,000	-
	รวมเงิน	4,000	-

(จำนวนเงิน -สี่พันบาทถ้วน-)

ตัวอักษร

ลงชื่อ.....*สุไฉลา*.....ผู้รับเงิน
 ลงชื่อ.....*[Signature]*.....ผู้จ่ายเงิน

อนุมัติ

(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความโคณ

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ ศึกษานวัตกรรมอาหารปลอดภัยสู่ผู้ดูแลต่อกรควบคุมระดับ
 ภาาตาลีในลือตและระดับความดีนของผู้ป่วย

วันที่ 6 ก.ค. 2560 เวลา 08.30 น. ณ ห้องประชุม 2 รพ.คาณัดน

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	
			เข้า	ป่วย
1.	นางหับสา	หลิมามัน	หับสา	หับสา
2.	นางมารีโสน	ปะลาวัล	มารีโสน	มารีโสน
3.	นางสุรัสวดี	โต๊ะประตุ		
4.	นางละติหมีะ	เกป็น		
5.	นสมันจนา	หลิมเส้น	นสมันจนา	นสมันจนา
6.	นางสหระา	มาลิกัน		
7.	นางอามันะ	หมาดทัง	อามันะ	อามันะ
8.	นางฮอเตยะ	เหมสลาหมาด	ฮอเตยะ	ฮอเตยะ
9.	นางปาริชาติ	อาดตันตรา	ปาริชาติ	ปาริชาติ
10.	นางบดะ	วัดเส้น	บดะ	บดะ
11.	นางนิสากกร	บุสี	นิสากกร	นิสากกร
12.	นางรัลละ	ร่วมพล		
13.	นางฉะ	เกป็น	ฉะ	ฉะ
14.	นางอัน	สุกกา	อัน	อัน
15.	นางนัชรียา	ภัทราภินันท์		
16.	ชอบเร้าะห์	มุดยะ	ชอบเร้าะห์	ชอบเร้าะห์
17.	นางสียหยัน	เหมสลาหมาด		
18.	นางหนาบ	เคาระะนา	หนาบ	หนาบ
19.	นางแมบลลี	บญเลิศ	แมบลลี	แมบลลี
20.	นางฮาซียะ	คาแลหมัน	ฮาซียะ	ฮาซียะ

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ ศึกษาศาสตร์ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายของนักศึกษาชั้นมัธยมศึกษา
 นำศาลาในเลือดและระดับความดันของผู้ป่วย

วันที่ 6 ก.ค., 2560 เวลา 08.30 น. ณ ห้องประชุม 2 รพ.ควนโดน

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	
			เข้า	ป่วย
1.	เอืงวาวะ - ภาสภวล	18 หมู่ 4	เอืงวาวะ - เอืงวาวะ	เอืงวาวะ - เอืงวาวะ
2.	อณิมะ หมื่นเทือก	67 หมู่ 4	อณิมะ อณิมะ	อณิมะ อณิมะ
3.	ฉิมะ หมื่นหงษ์	36 หมู่ 4	ฉิมะ	ฉิมะ
4.	อ้อต๊ะ ภาเคนหมื่น	32 หมู่ 4	อ้อต๊ะ	อ้อต๊ะ
5.	ยั้งสาวิณี ภาเคนหมื่น	165 ม. 1	ยั้งสาวิณี	ยั้งสาวิณี
6.	ทรงไพธากา สาวิณี	96 ม. 4	ทรงไพธากา	ทรงไพธากา
7.	เมย คุ้มทองรัง อริณัน	179 ม. 4	เมย คุ้มทองรัง	เมย คุ้มทองรัง
8.	พวงทา เค็ง อริณัน	94 ม. 4	พวงทา เค็ง	พวงทา เค็ง
9.	พวงทองเค็ง สารณ	58 ม. 4	พวงทองเค็ง	พวงทองเค็ง
10.	ภาว น.ทอง ศรีดิ	26 ม. 4	ภาว น.ทอง	ภาว น.ทอง
11.	ทองดี ศรีดิ	55 ม. 4	ทองดี	ทองดี
12.	เมย คุ้ม อริณัน	38 ม. 4	เมย คุ้ม	เมย คุ้ม
13.	พญ ภาช ศรีดิ	92 ม. 4	พญ ภาช	พญ ภาช
14.	พญ ภาช ศรีดิ	28 ม. 4	พญ ภาช	พญ ภาช
15.	พญ ภาช ศรีดิ	54 ม. 4	พญ ภาช	พญ ภาช
16.	พญ ภาช ศรีดิ	163 ม. 6	พญ ภาช	พญ ภาช
17.	พญ ภาช ศรีดิ	55 ม. 4	พญ ภาช	พญ ภาช
18.	พญ ภาช ศรีดิ	84 หมู่ 4	พญ ภาช	พญ ภาช
19.	พญ ภาช ศรีดิ	52 ม. 4	พญ ภาช	พญ ภาช
20.	พญ ภาช ศรีดิ	37 ม. 4	พญ ภาช	พญ ภาช

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

สต 0032.301 / -

ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการ

จัดจ้างถ่ายเอกสาร

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ด้วยโรงพยาบาลควนโดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีความจำเป็นต้องซื้อหรือจ้างเพื่อใช้ในการของฝ่ายงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลควนโดน ซึ่งมีรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			ราคาซื้อ	แหล่งความจำเป็น
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	คำจัดทำแบบสอบถามพฤติกรรมการประกอบอาหารฯ	ชุด	40	3.00	120.00	ราคาต่อเล่ม
2	แบบสำรวจความดี/บาปหวานฯ	ชุด	40	2.00	80.00	-
3		-	-	-	-	-
4		-	-	-	-	-
5		-	-	-	-	-
6		-	-	-	-	-
7		-	-	-	-	-
8		-	-	-	-	-
9		-	-	-	-	-
10		-	-	-	-	-

กำหนดเวลาที่จำเป็นต้องใช้พัสดุ หรือ ให้งานแล้วเสร็จภายในกำหนด 60 วัน ขิงขออนุมัติดำเนินการจัดซื้อ

หรือจ้างตามรายการข้างต้น เนื่องจากการจัดซื้อหรือจ้างครั้งนี้ราคาไม่เกิน 100,000 บาท ขิงขอคำแนะนำการโดยวิธีตกลงราคา

พลตรี **กรรพิก ติไซน์** เลขที่ 38/2 หมู่ที่ 5 ถนน **ยมศรการกำพร** โดยซื้อหรือจัดจ้างจาก

ตำบล **ย่านซ้อ** อำเภอ **ควนโดน** จังหวัด **สตูล** และขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

/ เงินบำรุงฯ / เงินนอกงบประมาณในโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ พ.ศ. 2560 หมวดรายจ่าย

งบดำเนินงาน ประเภทวัสดุ ค่าจ้างเหมาโครงการฯ เป็นเงิน 200.00 บาท

และขออนุมัติแต่งตั้งกรรมการตรวจสอบระเบียบสำนักงานสาธารณสุขว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 ข้อ 34(6) และข้อ 35
วรรคสุดท้าย ประกอบด้วย

1. **นางสาวพร ภัทรภินันท์** ตำแหน่ง **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ** ประธานกรรมการ

2. - ตำแหน่ง **กรรมการ**

3. - ตำแหน่ง **กรรมการ**

ขิงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ ลงชื่อ **เจ้าหน้าที่พัสดุ**

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ นางสาวปรีชาต มะอุน

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ ความเห็นของผู้ชำนาญการ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ (นายสุพล เจริญวิสิทธิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

แบบบันทึกกลางราคาซื้อขายหรือจ้างเหมา

วันที่ 16-มิ.ย.-60

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่

38/2

หมู่ที่ 5

ถนน

ยন্ত্রการกิจธร

ตำบล ย่านซ้อ

อำเภอ ความโค่น

จังหวัด สตูล

โทร

074-795064

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

1919900085604

ขอเสนอราคา

ค่าจ้างเหมาโครงการฯ

รวมทั้งค่า

- ภายในกำหนด

60

วัน นับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อจ้าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะสั่งซื้อจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			หมายเหตุ
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย	
1	ค่าจัดทำแบบเสนอตามพหุติกรรมการประกอบอาหารฯ	ชุด	40	3.00	120.00
2	แบบสำรวจความคิดเห็น/แบบหางาน ฯ	ชุด	40	2.00	80.00
3		-	-	-	-
4		-	-	-	-
5		-	-	-	-
6		-	-	-	-
7		-	-	-	-
8		-	-	-	-
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-
รวมทั้งสิ้น					200.00

รวม 2 รายการ เป็นเงิน 200.00 บาท (เงินสองร้อยบาทถ้วน)

ราคาประเมิน จ้าง ให้แก่โรงพยาบาลควนโดน ชำแหละชิ้นราคาอยู่ในกำหนด 0 วัน

(ลงชื่อ)



ผู้ขาย/รับจ้าง

(ฟาลัค กราฟิค ดีไซน์)

ผู้จัดการ

(ลงชื่อ)



ผู้ตกลงราคา

นางสาวปริชาต มะฮูน

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ใบสั่งซื้อ/จ้าง

เลขที่ 3๑๐ / 2560

วันที่ 16-มิ.ย.-60

เรียน

ฟาคีกรฟักศิษย์

โรงพยาบาลความโดดเด่น อำเภอความโดดเด่น จังหวัดสตูล ขอซื้อ/จ้างตามรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน
1	จ้างจัดทำแบบสอบถามพฤติกรรมการประก	ชุด	40	3.00	120.00
2	แบบสำรวจความคิดเห็น/แบบหาาน ๆ	ชุด	40	2.00	80.00
3		-	-	-	-
4		-	-	-	-
5		-	-	-	-
6		-	-	-	-
7		-	-	-	-
8		-	-	-	-
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-
รวมเป็นเงิน					200.00

การสั่งซื้อ/จ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน 60 วัน นับถัดจากวันที่ผู้ขาย/ผู้รับจ้างได้รับใบสั่ง
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลความโดดเด่น อำเภอความโดดเด่น จังหวัดสตูล
- ระยะเวลาประกัน - เดือน
- สงวนสิทธิ์ค่าประกันส่งมอบเกินกำหนดเวลาโดยคิดค่าปรับเป็นรายวันดังนี้
ซื้อในอัตราร้อยละ .20 ของราคาพัสดุที่ยังไม่ได้รับมอบ
จ้างในอัตราร้อยละ 0.10 ของราคางานจ้างนั้นแต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ 100 บาท

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(

นายตระกูล ศรีสวัสดิ์

)

ลงชื่อ



ผู้รับใบสั่ง

(

ฟาคีกรฟักศิษย์

)

ใบตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง

เขียนที่ โรงพยาบาลความโดดเด่น อ.ความโดดเด่น จังหวัดสตูล

วันที่ 15 สิงหาคม 2560

เรื่อง การตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ทำการตรวจรับผลการ จัดจ้างถ่ายเอกสาร ตามบันทึกส่งวันที่

16-มิ.ย.-60

ซึ่งได้ทำการตรวจรับตามใบสั่งซื้อ/จ้าง เลขที่ 3๓๐ / 2560 ลงวันที่ 16-มิ.ย.-60

จากสำเนา พลตรี การาทิก ตู่เชษฐ์ ความใบส่งของเลขที่ 031/1539 ดังรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน	
1	ค่าจัดทำแบบสอบถามพฤติกรรมการประกอบอาหารฯ	ชุด	40	3.00	120.00
2	แบบสำรวจความคิดเห็น/แบบฯ	ชุด	40	2.00	80.00
3		-	-	-	-
4		-	-	-	-
5		-	-	-	-
6		-	-	-	-
7		-	-	-	-
8		-	-	-	-
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-

คณะกรรมการฯ ได้รับเป็นรายการถูกต้อง และตรงตามรายการ เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2560

สมควรจ่ายเงิน ค่าจ้างเหมาโครงการฯ

เป็นเงินทั้งสิ้น 200.00 บาท (ตัวอักษร)

(เงินสองร้อยบาทถ้วน)

ให้แก่ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ได้

ลงชื่อ ประธานกรรมการ



ข้าพเจ้า นางสาวปริชดา มะอูน ผู้รับพัสดุ

(นางสาวพร ภักธวาทินันท์)

จำนวน 2 รายการ จากคณะกรรมการ

ลงชื่อ กรรมการ

ผู้รับมอบแล้ว

(0)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่พัสดุ กรรมการ


วันที่ 15 สิงหาคม 2560 (0)

แบบแสดงความรู้สึที่ดีใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าพัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจการจ้าง

ข้าพเจ้า นายสมภพ สมวงศ์ (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวปาริชาติ สมบุญ (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นายสมภพ สมวงศ์ (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความดีความชอบไปมาในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติในหน่วยงานต้นการ จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2559

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม  ลงนาม 
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ) (เจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม  ลงนาม
(คณะกรรมการตรวจการจ้าง/ผู้ตรวจรับ) (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

ลงนาม
(คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

บันทึกข้อความ

ราชการ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

สต 0032.301 /

ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2560

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ตามบันทึกข้อความ โรงพยาบาลควนโดน ที่ สต 0027/

ลงวันที่ 16-มิ.ย.-60

ได้แต่งตั้งข้าพเจ้าผู้รายนามข้างท้ายนี้ เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการตรวจรับแล้ว ตามรายการในใบตรวจรับที่แนบมาพร้อมนี้ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

มติคณะกรรมการ

มีมติ ถูกต้องครบถ้วน ให้ตรวจรับทุกรายการ

อื่นๆ

-จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)



ประธานกรรมการ

(นางสาวกัญญาภรณ์)

นางสาวพร กัญญาภรณ์

(ตำแหน่ง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ)

กรรมการ

(

-)

(ตำแหน่ง)

ตำแหน่ง

(ลงชื่อ)

กรรมการ

(

-)

(ตำแหน่ง)

ตำแหน่ง

-เพื่อโปรดทราบ



หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

-ทราบ

(ลงชื่อ)



(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวชิรเมธี อำเภอความโดม จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

ที่ 0032.301 / ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2560

ขออนุมัติดำเนินการ จัดจ้างเหมาจัดเก็บข้อมูลฯ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ด้วยโรงพยาบาลวชิรเมธี อำเภอความโดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีความจำเป็นต้องจ้างเพื่อปฏิบัติงานการของ
ฝ่ายงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลวชิรเมธี อำเภอความโดม ซึ่งมีรายละเอียดประกอบกิจการพิจารณา ดังนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			ราคาซื้อ ต่อหน่วย	เหตุผลความจำเป็น
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	ค่าตอบแทนเขียนบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00	ราคาตลาด
2	พฤติกรรมกรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-	-
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-

กำหนดเวลาที่จำเป็นต้องใช้พัสดุ หรือ ใช้งานแล้วเสร็จภายในกำหนด

30 วัน จิงขออนุมัติดำเนินการจัดซื้อ

หรือจ้างตามรายการข้างต้น เนื่องจากการจัดซื้อหรือจ้างครั้งนี้ราคาไม่เกิน 100,000 บาท จิงขอดำเนินการโดยวิธีตกลงราคา

โดยซื้อหรือจัดจ้างจาก

ตามระเบียบสำนักงานกฤษฎีกาว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 หมวด 2 ข้อ 18 (1) และข้อ 19

นางสาวผาติมะ หัสเสิน

เลขที่

124

หมู่ที่

6

ถนน

0

และขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

ตำบล / เงินบำรุงฯ

อำเภอ /

จังหวัด สตูล

พ.ศ. 2560

หมวดรายจ่าย

งบบุคลากร

เงินนอกงบประมาณในโครงการพฤติกรรมกรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลฯ

เป็นเงิน

200.00 บาท

และขออนุมัติแต่งตั้งกรมการตรวจรับตามระเบียบสำนักงานกฤษฎีกาว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 ข้อ 34(6) และข้อ 35

วรรคสุดท้าย ประกอบด้วย

- นางสาวพร ภัทรภินันท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปรระชากรมการ
- ตำแหน่ง กรรมการ
- ตำแหน่ง กรรมการ

จิงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ



เจ้าหน้าที่พัสดุ

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

นางสาวปาริชาติ มะฮูน

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ

อนุมัติ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

(นายสุพล เจริญวิทย์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรเมธี อำเภอความโดม จังหวัดสตูล

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

แบบบันทึกตกลงราคาซื้อขายหรือจ้างเหมา

วันที่ 1-ธ.ค.-60

ข้าพเจ้า นางสาวเสีมีะ ผลิตสิน

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่

124

หมู่ที่ 6

ณ

- ตำบล ความสะอาด

อำเภอ ความโค่น

จังหวัด สตูล

พ.ร

0

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

3910200142085

ขอเสนอราคา

ค่าจ้างยโครงการ

รวมทั้งค่า

- ภายในกำหนด

30

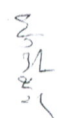
วัน นับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ/จ้าง คังรายละเอียดต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			หมายเหตุ	
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	ค่าตอบแทนเยี่ยมบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00	
2	พฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-	
3	และผลการตรวจสอบอาหารของผู้ป่วย	-	-	-	-	
4		-	-	-	-	
5		-	-	-	-	
6		-	-	-	-	
7		-	-	-	-	
8		-	-	-	-	
9		-	-	-	-	
10		-	-	-	-	
รวมทั้งสิ้น					200.00	

รวม 1 รายการ เป็นเงิน 200.00 บาท (เงินสองร้อยบาทถ้วน)

ราคาที่เสนอ จ้าง ให้แก่โรงพยาบาลควนโดน ข้าพเจ้าจะยื่นราคาอยู่ภายในกำหนด 0 วัน

(ลงชื่อ)



ผู้ขาย/รับจ้าง

(นางสาวเสีมีะ ผลิตสิน)

ผู้จัดการ

(ลงชื่อ)



ผู้ตกลงราคา

นางสาวปริชดา มະฮูน

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ใบสั่งซื้อ/จ้าง

เลขที่ / 2560

วันที่ 1-ส.ค.-60

เขียน

นางสาวฟัตมะ หลีสิน

โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ขอซื้อ/จ้างตามรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง		ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย		
1	ค่าตอบแทนเยี่ยมบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00
2	พฤติกรรมกรรมาประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-
รวมเป็นเงิน					200.00

การสั่งซื้อ/จ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ผู้ขาย/ผู้รับจ้างได้รับใบสั่ง
- สถานที่ส่งที่ส่งมอบ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล
- ระยะเวลาประกัน - เดือน
- สงวนสิทธิค่าประกันส่งมอบสินค้ากำหนดเวลาโดยคิดค่าปรับเป็นรายวันดังนี้
ซื้อในอัตราร้อยละ .20 ของราคาพัสดุที่ยังไม่ได้รับมอบ
จ้างในอัตราร้อยละ 0.10 ของราคางานจ้างนั้นแต่จะต่อไม่เกินกว่าวันละ 100 บาท

ลงชื่อ



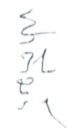
ผู้สั่งซื้อ

(

นายตระกูล ศรีสวัสดิ์

)

ลงชื่อ



ผู้รับใบสั่ง

(

นางสาวฟัตมะ หลีสิน

)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลความ โคน ฝ่าย/งาน เวชปฏิบัติ โทร. (เบอร์ติดต่อภายใน) 331

ที่ ตก ๐๐๒๑ / วันที่ 1 ต.ค. ๖๐

เรื่อง ขอบอนุมัติจัดซื้อ/จ้าง วัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ช่วยฝ่าย/งาน เวชปฏิบัติ โรงพยาบาลความ โคน มีความจำเป็นต้องการจัดซื้อ/จ้าง วัสดุ

ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง เนื่องจาก

วัสดุในคลังของโรงพยาบาลหมด หรือไม่มีที่เก็บ

ก่อสร้าง ค่อเติม ปรับปรุง (ระบุ)

จ้าง (ระบุ)

ตามขณุมโครงการ บูรณะ/ปรับปรุงอาคารผู้ป่วย/โสตถุสงฆ์/โสตถุสงฆ์/โสตถุสงฆ์ แต่เบิกจ่ายจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

(ระบุเหตุผลเพิ่มเติม) นำวัสดุมาใช้

ในการนี้ขอบุญมติให้ งานพัสดุเป็นผู้จัดหา ใช้งบที่ใช้พัสดุในวันที่ ฝ่าย/งาน

โดยมีรายละเอียดพัสดุที่จัดซื้อ/จ้าง ดังนี้

คำค้น	รายการ	จำนวน (หน่วย)	ราคา/หน่วย (บาท)	ราคาทั้งสิ้น (บาท)	ราคาซื้อ/จ้าง ครั้งล่าสุด	ว.ค.ป. ที่ ใช้งบการใช้
1.	ค่าตอบแทนช่างเขียนใบปลิว ชุดเก็บร่องล ผนังบริเวณ ปรกอบอาคาร รพ สตูล ผนังบริเวณ ผนังอาคาร ด้านนี้ 10 ม. x 1.10 ม. 5 ตัว 1.10 ม. ๑๐๐ บาท	4	๕๐๐			

ในการจัดซื้อ/จ้างครั้งนี้ ขอแจ้งคณะกรรมการรับพัสดุ จำนวน 1 คน ดังนี้ (ราคาหนึ่งหมื่นบาทขึ้นไป 3 คน)

1. Mr. S. S. ตำแหน่ง หัวหน้างาน

2. ตำแหน่ง

3. ตำแหน่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณ

(นายแพทย์) (ผู้ขออนุมัติ)

ความเห็นข้าพเจ้าที่พัสดุ

เรียน ผอ. โรงพยาบาลความ โคน

ความเห็นข้าพเจ้าที่พัสดุ

เรียน ผอ. โรงพยาบาลความ โคน

(นางสาวปกริธนา สอน)

เจ้าหน้าที่พัสดุ

(นางสาวปกริธนา สอน)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

(นายสุพต เจริญวิทย์)

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่โรงพยาบาลควนโดน

วันที่ 15 สิงหาคม 2560

ข้าพเจ้า นางฟาคีมะ หลีเสน เกษบัตรประชาชน 3910200142085 อยู่บ้านเลขที่ 124 หมู่ที่ 6
ต.ควนสตอ อ.ควนโดน จ.สตูล ได้รับเงินจากโรงพยาบาลควนโดน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สตางค์
1.	ค่าตอบแทนเยี่ยมบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูลพฤติกรรมประกอบอาหาร ของผู้ดูแลและผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 10 คนฯ ละ 10 บาท 2 ครั้ง เป็นเงิน	200	-
	รวมเงิน	200	-

ชำระเงินแล้ว

นางสาวฟาคีมะ หลีเสน

1 ส.ค. 60

(จำนวนเงิน - สอกร้อยบาทถ้วน-)

ตัวอักษร

อนุมัติ

ลงชื่อ *ฟาคีมะ หลีเสน* ผู้รับเงิน
ลงชื่อ *ฟาคีมะ หลีเสน* ผู้จ่ายเงิน

(นายสุพาส เจริญวิทย์)



บัตรประชาชนประจำประเทศไทย Thai National ID Card
 เลขที่บัตรประชาชน Identification Number 3 9102 00142 08 5

ชื่อภาษาอังกฤษ น.ส. ฟาตีมาห์ ฟาตีมาห์
 Name Miss Fateemah Fathimah

Last name Leesen

เกิดวันที่ 23 ม.ค. 2514

Date of Birth 23 Jan. 1971

ศาสนา อิสลาม

อายุ 124 หมู่ที่ 6 ต.ควนสตอ

อ.ควนสตอ จ.สตูล

19 ม.ค. 2559

19 Jan. 2016

Date of Issue

22 ม.ค. 2567

22 Jan. 2024

Date of Expiry

9102-02-01190951



160
150
140
130

นางสาวฟาตีมาห์

นางสาวฟาตีมาห์ ฟาตีมาห์

BORA-8-3-05



17-0956908-65

บัตรประชาชน
THAILAND

ใบตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง

เขียนที่ โรงพยาบาลควนโดน อ.ควนโดน จ.หวัดสตูล

วันที่ 15 สิงหาคม 2560

เรื่อง การตรวจรับพัสดุ

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

จัดจ้างหม้อจืดกับข้อมูลตา

ตามบันทึกลงวันที่

1-ศ.ค.-60

ซึ่งได้ทำทำการตรวจรับตามใบสั่งซื้อ/จ้าง เลขที่

/ 2560 ลงวันที่

1-ศ.ค.-60

จากร้าน นางสาวพัศมีะ หลีเส็น

ตามใบส่งของเลขที่

ใบสำคัญรับเงิน

ตั้งรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน	
1	ค่าตอบแทนเย็บบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00
2	พฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-
4		-	-	-	-
5		-	-	-	-
6		-	-	-	-
7		-	-	-	-
8		-	-	-	-
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-

คณะกรรมการฯ ได้รับเป็นรายการถูกต้อง และตรงตามรายการ เมื่อวันที่

15 สิงหาคม 2560

สมควรจ่ายเงิน

ค่าใช้ช่วยโครงการ

เป็นเงินทั้งสิ้น

200.00 บาท

(ตัวอักษร)

(เงินสองร้อยบาทถ้วน)

ให้แก่ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ได้

ลงชื่อ

ประธานกรรมการ

ข้าพเจ้า นางสาวปาริชาติ มะอุน ผู้รับพัสดุ

(นางสาวพาพร ภักธราภินันท์)

จำนวน 1 รายการ จากคณะกรรมการ

ลงชื่อ

กรรมการ

ผู้รับมอบแล้ว

(0)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่พัสดุ

ลงชื่อ

กรรมการ

วันที่ 15 สิงหาคม 2560

(0)

บันทึกข้อความ

พทการ โรงพยาบาลความโคคน อําเภอความโคคน จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

ศต 0032.301 / ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2560

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ตามบันทึกข้อความ โรงพยาบาลความโคคน ที่ ศต 0027/

ลงวันที่ 1-ส.ค.-60

ได้แต่งตั้งข้าพเจ้าผู้มารับหมายนี้ เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการตรวจรับแล้ว ตามรายการในใบตรวจรับที่แนบมาพร้อมนี้ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

มติคณะกรรมการ

มมติ ญกต้องครบถ้วน ให้ตรวจรับทุกรายการ

อื่นๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)



ประธานกรรมการ

(นางสาวพร ภักธภินันท์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ)

กรรมการ

()

ตำแหน่ง

(ลงชื่อ)

กรรมการ

()

ตำแหน่ง

-เพื่อโปรดทราบ



หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

-ทราบ

(ลงชื่อ)



(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความโคคน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลความโดดเด่น อำเภอความโดดเด่น จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

0032.301 / - ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2560

ขออนุมัติดำเนินการ จัดจ้างเหมาจัดเก็บข้อมูลฯ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ด้วยโรงพยาบาลความโดดเด่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีความจำเป็นต้องซื้อหรือจ้างเพื่อใช้ในการบริการของ
ผู้ป่วยบางเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลความโดดเด่น ซึ่งมีรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			ราคาซื้อ หรือสูงสุด ต่อหน่วย	หมายเหตุ
		จำนวน หน่วย	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	ค่าตอบแทนเขียนบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00	รวมค่าส่ง
2	พฤติกรรมกรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-	-
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-

กำหนดเวลาที่จะต้องให้พัสดุ หรือ ให้งานแล้วเสร็จภายในกำหนด 30 วัน จึงขออนุมัติดำเนินการจัดซื้อ

หรือจ้างตามรายการข้างต้น เนื่องจากการจัดซื้อหรือจ้างครั้งนี้ราคาไม่เกิน 100,000 บาท จึงขอดำเนินการ โดยวิธีตกลงราคา

ตามระเบียบสำนักงานรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 หมวด 2 ข้อ 18 (1) และข้อ 19 โดยชื่อหรือจัดจ้างจาก

นางพิมพ์วิ หทัยาว์ เลขที่ 138 หมู่ที่ 6 ถนน 0 และขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

ตำบล ความสะอาด อำเภอ ความโดดเด่น จังหวัด สตูล และขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

/ เงินบำรุงฯ / เงินกองงบประมาณในโครงการพฤติกรรมกรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลฯ พ.ศ. 2560 หมวดรายจ่าย

งบดำเนินงาน ประเภทวัสดุ ค่าใช้จ่ายโครงการ เป็นเงิน 200.00 บาท

และขออนุมัติแต่งตั้งกรมการตรวจระเบียบสำนักงานรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 ข้อ 34(6) และข้อ 35

วรรคสุดท้าย ประกอบด้วย

1. นางสาวพร ภัทรภินันท์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประธานกรรมการ

2. - ตำแหน่ง กรรมการ

3. - ตำแหน่ง กรรมการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ ลงชื่อ - กรรมการ

 เจ้าหน้าที่พัสดุ

นางสาวปริชาต มะอูน

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายสุพล เจริญวิทย์) ลงชื่อ

นายกเทศมนตรีเทศบาลเมือง

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความโดดเด่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

แบบบันทึกตกลงราคาซื้อขายหรือจ้างเหมา

วันที่ 1-ธ.ค.-60

ข้าพเจ้า นางปทุมวดี ผลิตเขาว์

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่

138

หมู่ที่ 6

- ตำบล ความสะอาด

อำเภอ ไคชน

จังหวัด สตูล

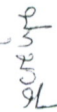
กร 0 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3910200090077 ของเสนอราคา ค่าใช้จ่ายโครงการ

รวมทั้งค่า รวมทั้งค่า - ภายในกำหนด 30 วัน นับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อจ้าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			หมายเหตุ	
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	ค่าตอบแทนเขียนบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00	
2	พฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-	
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-	
4		-	-	-	-	
5		-	-	-	-	
6		-	-	-	-	
7		-	-	-	-	
8		-	-	-	-	
9		-	-	-	-	
10		-	-	-	-	
รวมทั้งสิ้น					200.00	

รวม 1 รายการ เป็นเงิน 200.00 บาท (เงินสองร้อยบาทถ้วน)




ราคาที่เสนอ จ้าง ให้แก่โรงพยาบาลควนโดน ข้าพเจ้ายินราคาอยู่ภายในกำหนด 0 วัน

(ลงชื่อ)  ผู้ขาย/รับจ้าง

() นางปทุมวดี ผลิตเขาว์) ผู้จัดการ


(ลงชื่อ)  ผู้ตกลงราคา

นางสาวปาริชาติ มะฮูน
เจ้าหน้าที่พัสดุ


 กระทรวงสาธารณสุข 3 9102 00090 07 7
 Identification Number
 ชื่อผู้ลงทะเบียน น.ส. ปัทมวดี พลเยี่ยม
 Name Miss Patumwadee
 Last name Leeyao
 ชื่อตัว 1 ส.ย. 2509
 Date of Birth 1 Jun. 1966
 รหัสประจำตัว
 ชื่อ 138 หมู่ 5 ต.จตุรพักตร
 อ.จตุรพักตรพิมาน ส.ร้อยเอ็ด
 20 มิ.ย. 2560
 Valid until 20 Jun 2017 (๒๗๖๖-๐๖-๒๐)
 Date of Issue ๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๐
 Valid until 27 Jun 2017
 Date of Expiry 31 มิ.ย. ๒๕๖๘
 Valid until 31 May 2025
 Date of Expiry



๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๐
 (น.ส. ปัทมวดี พลเยี่ยม)

BORA-9-2-03-2560

 MED-1221278-29


ใบตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง

เขียนที่ โรงพยาบาลควนโดน อ.ควนโดน จังหวัดสตูล

วันที่ 15 สิงหาคม 2560

เรื่อง การตรวจรับพัสดุ

ยื่น ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

จัดตั้งหมมาจัดเก็บข้อมูลฯ

ตามบันทึกลงวันที่

-ศ.ค.-60

ซึ่งได้ทำการตรวจรับตามใบสั่งซื้อ/จ้าง เลขที่

2560 ลงวันที่

1-ศ.ค.-60

ากร้าน

นางปทุมวดี หลียาวัว

ตามใบสั่งของเลขที่

ใบกำกับเงิน

ตั้งรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน	
1	ค่าตอบแทนเยี่ยมบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00
2	พฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-

คณะกรรมการฯ ได้รับเป็นรายการถูกต้อง และตรงตามรายการ เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2560

ค่าใช้ช่วยโครงการ

เป็นเงินทั้งสิ้น

200.00 บาท

(ตัวอักษร)

(เงินสองร้อยบาทถ้วน)

ให้แก่ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ไป

ลงชื่อ

ประธานกรรมการ

ข้าพเจ้า นางสาวปาริชาติ มะอุ้น ผู้รับพัสดุ

(นางสาวปาริชาติ มะอุ้น)

จำนวน 1 รายการ จากคณะกรรมการ

ลงชื่อ

กรรมการ

ผู้รับเรียบร้อยแล้ว

(0)

กรรมการ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

กรรมการ

วันที่ 15 สิงหาคม 2560

(0)

)

แบบแสดงความรู้สู่หัวใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าพัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจจากรู้จ้าง

ข้าพเจ้า นายอรุณ ฤกษ์ (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)

ข้าพเจ้า นายสุวิทย์ วัฒน (เจ้าหน้าที่พัสดุ)

ข้าพเจ้า นายสุวิทย์ วัฒน (คณะกรรมการตรวจจากรู้จ้าง)

ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจจากรู้จ้าง)

ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจจากรู้จ้าง)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีผลสัมฤทธิ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางการปฏิบัติหน่วยงานต้นทางจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2559

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของผู้ขายและผู้รับจ้าง ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม ลงนาม
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ) (เจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม ลงนาม
(คณะกรรมการตรวจจากรู้จ้าง/ผู้ตรวจรับ) (คณะกรรมการตรวจจากรู้จ้าง)

ลงนาม
(คณะกรรมการตรวจจากรู้จ้าง)

บันทึกข้อความ

การ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

สต 0032.301 /

ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2560

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ตามบันทึกข้อความ โรงพยาบาลควนโดน ที่ สต 0027/

ลงวันที่ 1-ส.ค.-60

ได้แต่งตั้งเจ้าผู้มรายนามข้างท้ายนี้ เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการตรวจรับแล้ว ตามรายการในใบตรวจรับที่แนบมาพร้อมนี้ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

มติคณะกรรมการ



มีมติถูกต้องครบถ้วน ให้ตรวจรับทุกรายการ



อื่น ๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)



ประธานกรรมการ

(

นางสถาพร ภักธาภินันท์

)

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ)

กรรมการ

(

-)

ตำแหน่ง

-

(ลงชื่อ)

กรรมการ

(

-)

ตำแหน่ง

-

-เพื่อโปรดทราบ



หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

-ทราบ

(ลงชื่อ)



(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลความโดดเด่น อังก่อความโดดเด่น จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

ศ 0032.301 / -

ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2560

ขออนุมัติค่านิยมการ

จัดจ้างเหมาจัดเก็บข้อมูลฯ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ด้วยโรงพยาบาลความโดดเด่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีความจำเป็นที่ต้องซื้อหรือจ้างเพื่อใช้ในการของฝ่ายงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลความโดดเด่น ซึ่งมีรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			ราคาซื้อหลังสุดต่อหน่วย	เหตุผลความจำเป็น
		จำนวน	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	คำตอบแบบเขียนบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00	ราคาต่อหน่วย
2	พฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-	-
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-

กำหนดเวลาที่จะต้องใช้พัสดุ หรือ ใช้งานแล้วเสร็จภายในกำหนด

30 วัน ซึ่งขออนุมัติค่านิยมการจัดซื้อ

หรือจ้างตามรายการข้างต้น เนื่องจากการจัดซื้อหรือจ้างครั้งนี้ราคาไม่เกิน 100,000 บาท จึงขอค่านิยมการโดยวิธีตกลงราคา

โดยซื้อหรือจัดจ้างจาก

นางสาวสุนันทา เกป็น

เลขที่

163

หมู่ที่

6

ถนน

0

และขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

ตำบล / เงินบำรุงฯ

อำเภอ

ความโดดเด่น

จังหวัด

สตูล

พ.ศ. 2560

หมวดรายจ่าย

งบดำเนินงาน

ประเภทวัสดุ

ค่าใช้จ่ายโครงการ

เป็นเงิน

200.00

บาท

และขออนุมัติแต่งตั้งกรรมการตรวจรับตามระเบียบสำนักงานกฤษฎีกาว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 ข้อ 34(6) และข้อ 35
วรรคสุดท้าย ประกอบด้วย

1. นางสาวสุนันทา เกป็นที่
2. - ตำแหน่ง
3. - ตำแหน่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

นางดาวปรีชาต มະฮูน

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

อนุมัติ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ

(นายสุพล เจริญวิทย์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลความโดดเด่น ปฏิบัติราชการแทน

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

แบบบันทึกตกลงราคาซื้อขายหรือจ้างเหมา

วันที่ 1-ศ.ก.-60

ข้าพเจ้า นางสาวสุนันทา เกป็น

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่

163

หมู่ที่ 6

ณ

ตำบล ความสะอาด

อำเภอ ไคยบุรี

จังหวัด สุโขทัย

โทร

0

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

3910200089541

ขอเสนอราคา

ค่าจ้างโยธาโครงการ

รวมทั้งค่า

-

ภายในกำหนด

30

วัน นับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ/จ้าง ตั้งรายละเอียดต่อไป

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			หมายเหตุ	
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	ค่าตอบแทนเยี่ยมบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00	
2	พฤติกรรมกรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-	
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-	
4		-	-	-	-	
5		-	-	-	-	
6		-	-	-	-	
7		-	-	-	-	
8		-	-	-	-	
9		-	-	-	-	
10		-	-	-	-	
รวมทั้งสิ้น					200.00	

รวม 1 รายการ เป็นเงิน 200.00 บาท (เงินสองร้อยบาทถ้วน)

ราคาที่เสนอ จ้าง ให้แก่โรงพยาบาลควนโดน ข้าพเจ้าจะเซ็นราคาอยู่ภายในกำหนด 0 วัน

(ลงชื่อ)

ผู้ขาย/รับจ้าง

(นางสาวสุนันทา เกป็น)

ผู้จัดการ

(ลงชื่อ)

ผู้ตกลงราคา

นางสาวปริชดา มะอูน

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ใบสั่งซื้อ/จ้าง

เลขที่ / 2560

วันที่ 1-ต.ค.-60

เรียน

นางสาวสุนันทา เกป็น

โรงพยาบาลโคกน อำเภอกวนโคกน จังหวัดสตูล ขอซื้อ/จ้างตามรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน
1	ค่าตอบแทนเขียนบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00
2	พฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-
3	และผลการตรวจสอบของผู้ป่วย	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-
รวมเป็นเงิน					200.00

การสั่งซื้อ/จ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน 30 วัน นับตั้งจากวันที่ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ใ้ครบใบสั่ง
- สถานที่ตั้งที่ส่งมอบ โรงพยาบาลโคกน อำเภอกวนโคกน จังหวัดสตูล
- ระยะเวลาประกัน - เดือน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนดเวลาโดยคิดค่าปรับเป็นรายวันดังนี้
 1. ค่าปรับรายวันละ 20 ของราคาพัสดุที่ยังไม่ได้รับมอบ
 2. ค่าปรับรายวันละ 0.10 ของราคางานจ้างนับแต่จะสั่งไม่ต่ำกว่าวันละ 100 บาท

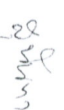
ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ



ผู้รับใบสั่ง

(นางสาวสุนันทา เกป็น)

ใบคำขอรับเงิน

เขียนที่โรงพยาบาลควนโดน

วันที่ 15 สิงหาคม 2560

ข้าพเจ้า นางสุนันทา เกเป็น เลขบัตรประชาชน 3910200089541 อยู่บ้านเลขที่ 163 หมู่ที่ 6

ต.ควนสตอ อ.ควนโดน จ.สตูล ใ้รับเงินจากโรงพยาบาลควนโดน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สตางค์
1.	ค่าตอบแทนเยี่ยมบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูลพฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลและผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 10 คนๆ ละ 10 บาท 2 ครั้ง เป็นเงิน	200	-
	รวมเงิน	200	-

ชำระเงินแล้ว

Changwanpr

รพ.สต.ควนโดน

15 ส.ค.60

(จำนวนเงิน -สองร้อยบาทถ้วน-)

ตัวอักษร

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

อนันต์

(นายสุพล เจริญวิทย์)

๒๕๖๐



บัตรประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 9102 00089 54 1

ชื่อผู้ถือบัตร พ.ศ. สมัญญา เกียรติ
 Name Miss Sunantha

Last name Kepan

เกิดวันที่ 21 ส.ย. 2504

Date of Birth 21 Jun. 1961

ศาสนา อิสลาม

อายุ 163 ปีที่ 6 ตุลาคม

ป.คนไทย อ.ต.ต.

21 ต.ค. 2559

Register 21 Jul. 2016

Date of Issue



20 ส.ย. 2568

Valid Until 20 Jun. 2025

Date of Expiry

9182-03-07211400



138

140

138



บัตรประชาชน
 3 9102 00089 54 1

BORA-7-2-04-2559



072-1034932-72

Uzair@TBU
 THAILAND

ใบตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง

เขียนที่ โรงพยาบาลควนโดน อ.ควนโดน จ.हरัดสตูล

วันที่ 15 สิงหาคม 2560

เรื่อง การตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

จัดตั้งหมวกกึ่งกับข้อมูลฯ

ซึ่งได้ทำการตรวจรับตามใบสั่งซื้อ/จ้าง เลขที่

/ 2560 ลงวันที่

1-ส.ค.-60

จากสำเนา

นางสาวสุนันทา เกป็น

ตามใบสั่งของเลขที่

ใบคำเชิญรับเงิน

ตั้งรายการต่อไปนี้

ตามบันทึกลงวันที่

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน	
1	ค่าตอบแทนเยี่ยมบ้านเพื่อคัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00
2	พฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-

คณะกรรมการฯ ได้รับเป็นรายการถูกต้อง และตรงตามรายการ เมื่อวันที่

15 สิงหาคม 2560

สมควรจ่ายเงิน

ค่าใช้จ่ายโครงการ

เป็นเงินทั้งสิ้น

200.00 บาท

(ตัวอักษร)

(เงินสองร้อยบาทถ้วน)

ให้แก่ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ผู้

ลงชื่อ

ประธานกรรมการ

ข้าพเจ้า นางสาวปริชดา มะอูน ได้รับพัสดุ

(นางสาวพร ภักธรภินันท์)

จำนวน 1 รายการ จากคณะกรรมการ

ลงชื่อ

() กรรมการ

ผู้รับมอบแล้ว

(0)

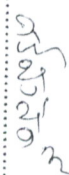

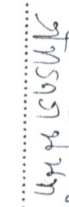
ลงชื่อ เจ้าหน้าที่พัสดุ

ลงชื่อ

() กรรมการ


วันที่ 15 สิงหาคม 2560

แบบแสดงความรู้ตั้งใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าพัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจการจ้าง

ข้าพเจ้า  (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวปริศนา  (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า ทศวิภา นร  (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ข้อมูลที่ตรงต่อข้อสอบถามได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงานต้นทาง จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2559

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....  ลงนาม 
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ) (เจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม.....  ลงนาม
(คณะกรรมการตรวจการจ้าง/ผู้ตรวจการฯ) (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

ลงนาม.....
(คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

บันทึกข้อความ

กรมการ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

สตค 0032.301 /

ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2560

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ตามบันทึกข้อความ โรงพยาบาลควนโดน ที่ สตค 0027/

ลงวันที่ 1-ศ.ค.-60

ได้แต่งตั้งข้าพเจ้าผู้มรายนามข้างท้ายนี้ เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการตรวจรับแล้ว ตามรายการในใบตรวจรับที่แนบมาพร้อมนี้ เสร็จเรียบร้อยแล้ว

มติคณะกรรมการ



มีมติถูกต้องครบถ้วน ให้ตรวจรับทุกรายการ



อื่นๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)



ประธานกรรมการ

(นางสถาพร ภักธรภินันท์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ลงชื่อ)

กรรมการ

(

-)

ตำแหน่ง

-

(ลงชื่อ)

กรรมการ

(

-)

ตำแหน่ง

-

-เพื่อโปรดทราบ



หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

-ทราบ

(ลงชื่อ)



(นายสุพล เจริญวิทย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนโดน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวณโศน อำเภอกวนโมโคน จังหวัดสตูล โทร 0 74-795126

ที่ สค 0032.301 / - ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการ จัดจ้างเหมาจัดเก็บข้อมูล

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ด้วยโรงพยาบาลวณโศน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีความจำเป็นต้องซื้อหรือจ้างเพื่อใช้งานบริการของฝ่ายงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลวณโศน ซึ่งมีรายละเอียดประกอบารพิจารณา ดังนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			ราคาซื้อต่อหน่วย	หลังจากความเป็น
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย		
1	ค่าตอบแทนเขียนบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00	หลังสุด
2	พฤติกรรมกรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-	ต่อหน่วย
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-

กำหนดเวลาที่ต้องใช้พัสดุ หรือ ให้งานแล้วเสร็จภายในกำหนด

30 วัน ขิงขออนุมัติดำเนินการจัดซื้อ

หรือจ้างตามรายการข้างต้น เนื่องจากการซื้อหรือจ้างครั้งนี้ราคาไม่เกิน 100,000 บาท ขิงขอค่านิยมการโดยวิธีตกลงราคา

โดยซื้อหรือจัดจ้างจาก

นางสาวฉันทนา หัสสิน

เลขที่

4

หมู่ที่

6

ถนน

0

ตำบล

อ่าถอ

ความโคน

จังหวัด

สตูล

และขออนุมัติเบิกจ่ายจาก

งบดำเนินงาน

เงินบำรุงฯ / เงินออกงบประมาณในโครงการพฤติกรรมกรมการประกอบอาหารของผู้ดูแลฯ

พ.ศ. 2560

ประมาณจ่าย 200.00 บาท

และขออนุมัติแต่งตั้งกรมการตรวจรับตามระเบียบขงสำนักงานกฤษฎีกาว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 ข้อ 34(6) และข้อ 35
วรรคสุดท้าย ประกอบด้วย

1. นางสถาพร ภัทธาภินันท์
2. - ตำแหน่ง
3. จิงริณมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ประธานกรรมการ

2.

- ตำแหน่ง

กรรมการ

3.

- ตำแหน่ง

กรรมการ

ลงชื่อ



เจ้าหน้าที่พัสดุ

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

นางสาวปรีชาต มะอุน

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ



อนุมัติ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

(นายสุพล เจริญวิทย์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวณโศน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

แบบบันทึกยอดคงราคาซื้อขายหรือจ้างหมา

วันที่ 1-ต.ค.-60

ข้าพเจ้า นางสาวฉันทนา หลีเส็น

ตั้งบ้านเรือนอยู่เลขที่

4

หมู่ที่ 6

ถนน

- ตำบล ความศอก

อำเภอ ความโค่น

จังหวัด สุโขทัย

โทร

0

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

3910200088790

ขอเสนอราคา

ค่าใช้จ้างโยธากรรมการ

รวมทั้งสิ้นค่า

- ภายในกำหนด

30

วัน นับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ/จ้าง คั้งรายละเอียดต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุที่จะจัดซื้อ/จ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			หมายเหตุ
		หน่วยนับ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย	
1	ค่าตอบแทนเขียนบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00
2	พฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-
4		-	-	-	-
5		-	-	-	-
6		-	-	-	-
7		-	-	-	-
8		-	-	-	-
9		-	-	-	-
10		-	-	-	-
รวมทั้งสิ้น					200.00

รวม 1 รายการ เป็นเงิน 200.00 บาท (เงินสองร้อยบาทถ้วน)

ราคาที่เสนอ จ้าง ให้แก่โรงพยาบาลความโค่น ข้าพเจ้าจะยื่นราคาอยู่ภายในกำหนด 0 วัน

(ลงชื่อ)  ผู้ขาย/รับจ้าง

(นางสาวฉันทนา หลีเส็น)

ผู้จัดการ

(ลงชื่อ)



ผู้ตกลงราคา

นางสาวปวีรีชาติ มะอุน

เจ้าหน้าที่พัสดุ

ใบสั่งซื้อ/จ้าง

เลขที่ / 2560

วันที่ 1-๙-๖0

เรียน นางสาวณัชชานา หลีสีน

โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ขอซื้อ/จ้างตามรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน
1	ค่าตอบแทนเขียนบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00
2	พฤติกรรมกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-
รวมเป็นเงิน					200.00

การสั่งซื้อ/จ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน 30 วัน นับตั้งจากวันที่ผู้ขาย/ผู้รับจ้างได้รับใบสั่ง
- สถานที่ส่งที่ส่งมอบ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล
- ระยะเวลาประกัน - เดือน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนดเวลาโดยคิดค่าปรับเป็นรายวันดังนี้
 ซื้อในอัตราร้อยละ .20 ของราคาพัสดุที่ยังไม่ได้รับมอบ
 จ้างในอัตราร้อยละ 0.10 ของราคางานจ้างนั้นแต่จะคิดไม่เกินค่ากว่าวันละ 100 บาท

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายตระกูล ศรีสวัสดิ์)

ลงชื่อ



ผู้รับใบสั่ง

(นางสาวณัชชานา หลีสีน)

ใบคำขอรับเงิน

เขียนที่โรงพยาบาลความโคคน

วันที่ 15 สิงหาคม 2560

ข้าพเจ้า นางมณฑา มา หลีเส็น เลขบัตรประชาชน 3910200088790 อยู่บ้านเลขที่ 4 หมู่ที่ 6
ต.ความสอด อ.ความโคคน จ.สตูล ได้รับเงินจากโรงพยาบาลความโคคน คั่งรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สตางค์
1.	ค่าตอบแทนเยี่ยมบ้านเพื่อคัดเก็บข้อมูลพฤติกรรมประกอบอาหาร ของผู้ดูแลและผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 10 คนๆละ 10 บาท 2 ครั้ง เป็นเงิน	200	-
	รวมเงิน	200	-

ชำระเมื่อกี้

(นางมณฑา มา หลีเส็น)
15 สิงหาคม

(จำนวนเงิน -สองร้อยบาทถ้วน-)
ตัวอักษร

ลงชื่อ.....นางมณฑา.....รับเงิน
ลงชื่อ.....จ.....ผู้จ่ายเงิน

อนันต์

(นายสุพล เจริญวิทย์)

Thailand National ID Card

Identification Number 3 9102 00988 79 0

ชื่อ นามสกุล น.ส. นันทิยา นามะ

นาม: Miss Nanthiya

Last name: Loosen

อายุ 1 Yr P. 2518

Date of birth 1 May 1975

พ.ศ. ๒๕๖๓

อายุ ๘ ปี ๖ เดือน ๖ วัน



1. นามสกุล
2. นาม
3. นามสกุล
4. นามสกุล
5. นามสกุล
6. นามสกุล
7. นามสกุล
8. นามสกุล
9. นามสกุล
10. นามสกุล

1. นามสกุล
2. นาม
3. นามสกุล
4. นามสกุล
5. นามสกุล
6. นามสกุล
7. นามสกุล
8. นามสกุล
9. นามสกุล
10. นามสกุล

30 มิ.ย. 2567
2567
30 มิ.ย. 2567
30 มิ.ย. 2567

9102 00 000000 00

Handwritten Thai text: น.ส. นันทิยา นามะ

FORM-9-01



SECRET
THAILAND

ใบตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง

เขียนที่ โรงพยาบาลควนโดน อ.ควนโดน จ.หวัดสตูล

วันที่ 15 สิงหาคม 2560

เรื่อง การตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

จัดจ้างหมวกจัดเก็บข้อมูลฯ

ตามบันทึกลงวันที่

1-ศ.ภ.-60

ซึ่งได้ทำการตรวจรับตามใบสั่งซื้อ/จ้าง เลขที่

/ 2560 ลงวันที่

1-ศ.ภ.-60

จากร้าน

นางสาวณัชชา หลีสีน

ตามใบสั่งของเลขที่

ใบคำเชิญรับเงิน

ตั้งรายการต่อไปนี้

ที่	รายละเอียดของพัสดุ ที่จะซื้อหรือจ้าง	จำนวนเงินและวงเงินที่ซื้อหรือจ้าง			
		จำนวน หน่วย	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน	
1	คำตอบแบบยื่นแบบบ้านเพื่อจัดเก็บข้อมูล	งาน	1	200.00	200.00
2	พฤติกรรมการประกอบอาหารของผู้ดูแล	-	-	-	-
3	และผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วย	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-

คณะกรรมการฯ ได้รับเป็นรายการถูกต้อง และตรงตามรายการ เมื่อวันที่

15 สิงหาคม 2560

สมควรจ่ายเงิน

ค่าใช้จ่ายโครงการ

เป็นเงินทั้งสิ้น

200.00 บาท

(ตัวอักษร)

(เงินสองร้อยบาทถ้วน)

ให้แก่ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ได้

ลงชื่อ

ประธานกรรมการ

ข้าพเจ้า นางสาวปรีชดา มะอุน ได้รับพัสดุ

(นางสาวตาพร ภักทรภินันท์)

จำนวน 1 รายการ จากคณะกรรมการ

ลงชื่อ

กรรมการ

ผู้รับผิดชอบแล้ว

(0)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่พัสดุ

ลงชื่อ

กรรมการ

วันที่ 15 สิงหาคม 2560

(0)

แบบแสดงความรู้สู่หัวใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิถีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าพัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจการจ้าง

ข้าพเจ้า นายอรุณ นายสุวิมล (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นายวิฑูรย์ นายอน (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นายสุวิมล นายสุวิมล (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)
ข้าพเจ้า (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามาในนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางการปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2559

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามาในนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม ลงนาม
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ) (เจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม ลงนาม
(คณะกรรมการตรวจการจ้าง/ผู้ตรวจการ) (คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

ลงนาม
(คณะกรรมการตรวจการจ้าง)

