

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ

ความเห็นของประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

ผลการตรวจสอบ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

ความเห็นตามมติที่ประชุม ครั้งที่...../..... เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.๒๕๖๐

ครอบอนุมัติ ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ)

(นายสัญญา รัตนหิรัญ)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลนาพละ

ผู้ตรวจสอบโครงการ

ตรวจสอบแล้วถูกต้องตามมติที่ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาพละครั้งที่/..... เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๐

(ลงชื่อ)

(นางสาวสุวรรณี ศิริรัตน์)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

ผู้อนุมัติโครงการ

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.นาพละ
ครั้งที่ .. / .. เมื่อวันที่..... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติ งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน๖๗๑๐.....บาท
เพราะ

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่.....

ลงชื่อ.....

(นายสำเริง นิลละอ)

ตำแหน่งประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกัน
สุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาพละ
วันที่-เดือน-พ.ศ.