

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ชื่อ โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อชาวปยุตพันธ์

๑. ผลการดำเนินงาน

ได้ดำเนินการทำกิจกรรมตามโครงการในวันที่ ๑๙-๒๑ เดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๐
มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามเป้าที่กำหนด จำนวน ๑๘๐ คน
เด็ก ๐-๕ ปี หญิงตั้งครรภ์ และเด็กนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการได้รับการตรวจสุขภาพและได้รับความรู้เรื่อง
การดูแลรักษาสุขภาพฟันอย่างถูกวิธี

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๒๐,๑๐๐ บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๒๐,๑๐๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ-..... บาท คิดเป็นร้อยละ

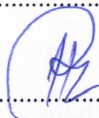
๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน

(นางสาวแวปีเดาะ เจอะอุบง)

ตำแหน่ง ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ต. ปยุต

วันที่ ๒๓ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

บันทึกข้อตกลง

การขอรับเงินอุดหนุน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ปยุต

ที่ทำการกองทุนสุขภาพตำบล อบต.ปยุต

ม.7 ต.ปยุต อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000

วันที่ 5 มิถุนายน 2560

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ปยุต ระหว่าง ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลปยุต โดย นางสาวแวบิเดาะเจอะอูบง ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อชาวปยุตพันธ์ เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ปยุต ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ปยุต โดย นายแวมุฮัมมัตรอยี ลอดิง ในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล อบต.ปยุต ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมในบันทึกนี้ ซึ่งต่อไปเรียกว่า โครงการ/กิจกรรมตามที่กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ปยุต ได้ให้เงินอุดหนุนจำนวนทั้งสิ้น 20,100.00 บาท (สองหมื่นหนึ่งร้อยบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนสุขภาพตำบล อบต.ปยุต และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ 2 การจ่ายเงิน ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม จะจ่ายเงินให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยมีกรจ่ายให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ดังนี้

ก. จ่ายงวดเดียวทั้งโครงการ/กิจกรรม เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 20,100.00 บาท (สองหมื่นหนึ่งร้อยบาทถ้วน)

ข. จ่ายเป็นงวด ดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

งวดที่ 2 จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

งวดสุดท้าย จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงานราชการ หน่วยงานนั้นต้องออกใบเสร็จรับเงิน ของหน่วยงานให้กับกองทุนเพื่อเป็นหลักฐานในการรับเงิน กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรภาคเอกชน หรือภาคประชาชน ให้ผู้แทนหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรภาคเอกชน หรือภาคประชาชนนั้น ลงนามในใบสำคัญรับเงินที่กองทุนจัดทำขึ้นจำนวน ๒ คน และให้แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับเงินแนบใบสำคัญรับเงิน

ข้อ 3 ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมต้องนำเงินที่ได้รับไปดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการอนุมัติไป หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมไม่ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติไป เว้นแต่การไม่ดำเนินการนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำ ของผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่าย ไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมรวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย โดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติ
2. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงาน ให้คืนเงินที่เหลือให้กองทุน เพื่อดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนแก่โครงการหรือกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป

แบบเสนอโครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปยุต

เรื่อง ขอเสนอโครงการ...ส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อชาวปยุตฟันดี.....

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปยุต

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน(ระบุชื่อ)ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลปยุต.....มีความประสงค์จะจัดทำโครงการ ส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อชาวปยุตฟันดี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปยุตเป็นเงิน...๒๐,๑๐๐.... บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ ๑: รายละเอียด โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอ โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

๑. หลักการและเหตุผล

โรคฟันผุ ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง แต่มักเป็นปัญหาที่ถูกมองข้าม เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้เกือบทุกคนและความรุนแรงไม่มากจนถึงแก่ชีวิต ส่งผลให้ประชาชนขาดความตระหนักและไม่ให้ความสำคัญ โรคฟันผุถือเป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน แต่มีปัจจัยหลักอยู่ ๓ ปัจจัยด้วยกัน ปัจจัยแรก คือ การได้รับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ พบว่าผู้ที่ฟันผุมีเชื้อ Mutan Streptococci ปัจจัยที่สอง คือ การรับประทานอาหาร และปัจจัยที่สาม คือ การดูแลทำความสะอาดช่องปาก

ดังนั้นศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่ ๕ ตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลปยุต และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติตำบลปยุต จึงได้ดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อชาวปยุตฟันดีขึ้น โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กอายุ ๐-๕ ปี หญิงตั้งครรภ์ และเด็กนักเรียนประถม เพื่อเป็นการประเมินผลโครงการและดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมของประชาชนในพื้นที่ตำบลปยุตต่อไป

๒. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์หลัก/ตัวชี้วัด

๑. เด็ก ๐-๕ ปี ในชุมชนได้รับการคัดกรองสุขภาพช่องปาก และหาฟลูออไรด์วานิช ร้อยละ ๗๐
๒. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และสามารถดูแลช่องปากของตนเองได้อย่างถูกวิธี ร้อยละ ๘๐
๓. หญิงตั้งครรภ์มารับบริการทันตกรรมจนเสร็จสมบูรณ์ ร้อยละ ๓๐ ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด
๔. เด็กนักเรียนได้รับการคัดกรองโรคฟันผุ และได้รับบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน ร้อยละ ๙๐
๕. แกนนำนักเรียนมีความรู้เรื่องทันตสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐๐

วัตถุประสงค์ทั่วไป

๑. เพื่อให้เด็กอายุ ๐- ๕ ปี ในชุมชนได้รับการคัดกรองสุขภาพช่องปาก และหาฟลูออไรด์วานิช
๒. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และสามารถดูแลช่องปากของตนเองได้อย่างถูกวิธี
๓. เพื่อกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการทันตกรรมจนเสร็จสมบูรณ์
๔. เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับการคัดกรองโรคฟันผุและได้รับบริการทันตกรรมตามสภาวะช่องปาก
๕. เพื่อให้แกนนำนักเรียนมีความรู้เรื่องทันตสุขภาพ และสามารถถ่ายทอดความรู้แก่นักเรียนในโรงเรียนได้

3. กลุ่มเป้าหมาย

๑. เด็ก ๐- ๕ ปี	จำนวน	๑๔๐ คน
๒. หญิงตั้งครรภ์และผู้สนใจ	จำนวน	๓๐ คน
๓. หญิงตั้งครรภ์บริการทันตกรรมเสร็จสมบูรณ์	จำนวน	๑๕ คน
๔. นักเรียนประถมศึกษา	จำนวน	๓ โรงเรียน (๗๒๔ คน)
๕. แกนนำนักเรียน	จำนวน	๕๐ คน

4. วิธีดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

๑. รวบรวมข้อมูลประชากรตามกลุ่มเป้าหมาย
๒. จัดทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังอบรม โดยเน้นตามหัวข้อที่ให้
ความรู้ คือ เรื่องทันตสุขภาพ
๓. การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ในการจัดอบรมและการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม

ขั้นดำเนินการ

๑. กลุ่มเด็กอายุ ๐-๕ ปี

- ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็กอายุ ๐-๕ ปี
- บริการทาฟลูออไรด์วานิชเพื่อป้องกันฟันผุในเด็กที่มีฟันขึ้น

๒. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

- อบรมให้ความรู้ทันตสุขภาพ
- แจกรางวัลหญิงตั้งครรภ์บริการทันตกรรมผสมผสานอย่างสมบูรณ์(Complete case)

๓. กลุ่มนักเรียนประถม

- อบรมให้ทันตสุขภาพแก่แกนนำนักเรียน
- บริการคัดกรองตรวจโรคฟันผุ
- บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานตามสภาวะช่องปาก

ขั้นติดตามและประเมินผล

มีการติดตามและประเมินผลความรู้ พฤติกรรม การดูแลและสุขภาพช่องปากหลังเข้าร่วมโครงการ เป็นระยะเวลา ๓ เดือน

5. ระยะเวลาดำเนินการ

พฤษภาคม ๒๕๖๐ - กันยายน ๒๕๖๐

๖. สถานที่ดำเนินการ

พื้นที่ตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

๗. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปยุตจำนวน.....๒๐,๑๐๐.....

บาท รายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมกลุ่มเด็กอายุ ๐-๕ ปี

ค่าฟลูออไรด์วานิช = ๗๐๐ บาท

ค่าอุปกรณ์เช็ดช่องปาก ๑๐๐ คน x ๑๐ บาท = ๑,๐๐๐ บาท

รวม ๑,๗๐๐ บาท

กิจกรรมกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ค่าอาหารและเครื่องดื่ม ๓๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ เป็นจำนวนเงิน ๑,๕๐๐ บาท

ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คน x ๕๐ บาท x ๑ มื้อ เป็นจำนวนเงิน ๑,๕๐๐ บาท

ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม ๓๐ ชุด x ๗๐ บาท เป็นจำนวนเงิน ๒,๑๐๐ บาท ✓

ค่าวิทยากร ๔ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท เป็นจำนวนเงิน ๒,๔๐๐ บาท

รวมเป็นจำนวนเงิน ๗,๕๐๐. บาท

กิจกรรมกลุ่มเด็กนักเรียน

ค่าอาหารและเครื่องดื่ม ๕๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ เป็นจำนวนเงิน ๒,๕๐๐ บาท

ค่าอาหารกลางวัน ๕๐ คน x ๕๐ บาท x ๑ มื้อ เป็นจำนวนเงิน ๒,๕๐๐ บาท ✓

ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม ๕๐ ชุด x ๗๐ บาท เป็นจำนวนเงิน ๓,๕๐๐ บาท

ค่าวิทยากร ๔ ชั่วโมง x ๖๐๐ บาท เป็นจำนวนเงิน ๒,๔๐๐ บาท

รวมเป็นจำนวนเงิน ๑๐,๙๐๐. บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๒๐,๑๐๐ บาท

(สองหมื่นสองร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ สามารถถัวเฉลี่ยจ่ายได้ทุกรายการ

๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เด็ก ๐-๕ ปี ในชุมชนได้รับการคัดกรองสุขภาพช่องปาก และทาฟลูออไรด์วานิช ร้อยละ ๗๐
๒. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และสามารถดูแลช่องปากของตนเองได้อย่างถูกวิธี ร้อยละ ๘๐
๒. หญิงตั้งครรภ์มารับบริการทันตกรรมจนเสร็จสมบูรณ์ ร้อยละ ๓๐ ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด
๔. เด็กนักเรียนได้รับการคัดกรองโรคฟันผุ และได้รับบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน ร้อยละ ๙๐
๕. แกนนำนักเรียนมีความรู้เรื่องทันตสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐๐

9. สรุป โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการ
จำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

9.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)
ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน...ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลปยุต.....

- 9.1.1หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- 9.1.2หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- 9.1.3หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- 9.1.4หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน มัสยิด
- 9.1.5กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

9.2 ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

- 9.2.1สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]
- 9.2.2สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]
- 9.2.3สนับสนุนการจัดกิจกรรมของศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]
- 9.2.4สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]
- 9.2.5สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

9.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)

- 9.3.1กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- 9.3.2กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- 9.3.3กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- 9.3.4กลุ่มวัยทำงาน
- 9.3.5.1กลุ่มผู้สูงอายุ
- 9.3.5.2กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 9.3.6กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- 9.3.7กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- 9.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

9.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- 9.4.1กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
 - 9.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 9.4.1.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 9.4.1.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
 - 9.4.1.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 9.4.1.5การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

9.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

9.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

9.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ)

9.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

9.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

9.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

9.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

9.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

9.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

9.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

9.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

9.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ)

9.4.3 กลุ่มเด็กวัยรุ่นและเยาวชน

9.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

9.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

9.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

9.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

9.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

9.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

9.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

9.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

9.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ)

9.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

9.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

9.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

9.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

9.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

9.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

9.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

9.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

9.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

9.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ)

9.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

- 9.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 9.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 9.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 9.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 9.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- 9.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- 9.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- 9.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ)

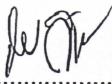
9.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

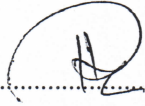
- 9.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 9.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 9.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 9.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 9.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 9.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- 9.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 9.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 9.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ)

9.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

- 9.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 9.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 9.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 9.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 9.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- 9.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- 9.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- 9.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ)

- 9.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- 9.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 9.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 9.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 9.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 9.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
 - 9.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ)
- 9.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]
- 9.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ..... ผู้เขียน โครงการ/กิจกรรม
(.....นางรอฮานี สามะอาลี.....)
ตำแหน่ง.....อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ 5.....

ลงชื่อ..... ผู้เสนอ โครงการ/กิจกรรม
(.....นางสาวแวปีเตาะ เจะอุบง.....)
ตำแหน่ง.....ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขตำบล.....
วันที่-เดือน-พ.ศ.

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลปยุต
ครั้งที่2...../2560 เมื่อวันที่27 กพ. 2560... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุน โครงการ/กิจกรรม จำนวน20,100..... บาท
เพราะเป็นโครงการ ที่สนับสนุนในกลุ่ม 0-5 ปี , หญิงตั้งครรภ์ และนักเรียน.....

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุน โครงการ/กิจกรรม

เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) เพราะ

ให้รายงานผลความสำเร็จของ โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม(ส่วนที่3) ภายในวันที่ 30 กย. 2560

ลงชื่อ

(.....นายแวมฮำมีตรอยี..... ลอดิง.....)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลปยุต

วันที่-เดือน-พ.ศ.27 กพ. 2560.....

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ปยุต

ที่ 014/2560

วันที่ 9 มิถุนายน 2560

เรียน นายก องค์การบริหารส่วนตำบลปยุต

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ปยุต ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมทัศนสุขภาพ เพื่อชาวปยุตพื้นที่ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลปยุต จำนวน 20,100.00 บาท (สองหมื่นหนึ่งร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลปยุต มีความประสงค์ขอเบิกเงินจำนวน 20,100.00 บาท (สองหมื่นหนึ่งร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวเวปีเตาะเจอะอุบง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

ผู้ขอเบิก

(นายอัสมีนหะยีนิเงาะ)

ตำแหน่ง ผอ.กองสาธารณสุขฯ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทราบบัญชีที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 376,861.54 บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นหกพันแปดร้อยหกสิบเอ็ดบาทห้าสิบลีฬี่สตางค์)

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน 20,100.00 บาท

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(นายอัสมีนหะยีนิเงาะ)

(นายอัสมีนหะยีนิเงาะ)

ผอ.กองสาธารณสุขฯ

ผอ.กองสาธารณสุขฯ

วันที่

9 มิ.ย. 2560

วันที่

9 มิ.ย. 2560

เรียน นายก

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 20,100.00 บาท

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวนเงิน 20,100.00 บาท

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(นายลือศักดิ์สุพรรณษา)

(นายแวมุฮัมมัดรอฮ์ยัลลอติง)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลปยุต

นายก องค์การบริหารส่วนตำบลปยุต

วันที่

9 มิ.ย. 2560

วันที่

9 มิ.ย. 2560

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคัต Δ เงินสด (ไม่เกิน 5.000 บาท) Δ ทางธนาคาร

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

ผู้มีอำนาจลงนาม

ธนาคาร

(นายแวมุฮัมมัดรอฮ์ยัลลอติง)

บัญชีเลขที่

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปยุต

เลขที่เช็ค ลงวันที่

ลงชื่อ

ผู้มีอำนาจลงนาม

จำนวนเงิน 20,100.00 บาท (สองหมื่นหนึ่งร้อยบาทถ้วน)

(นางฟาริสะห์เตหฺนีย์)

จ่ายให้ นางสาวเวปีเตาะเจอะอุบง

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลปยุต

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 20,100.00 บาท

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 20,100.00 บาท

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน (๑)

ลงชื่อ

()

ผู้จ่ายเงิน

ตำแหน่ง

(น.ส. เวปีเตาะเจอะอุบง)

ลงชื่อ

พ.ศ. ๒๕๖๐ ๓๑ มิ.ย. ๒๕๖๐ ผู้รับเงิน (๒)

ตำแหน่ง

(น.ส. พ.ศ. ๒๕๖๐ ๓๑ มิ.ย. ๒๕๖๐)

วันที่

ตำแหน่ง

9 มิ.ย. 2560

วันที่

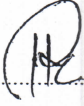
หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ
หมายเหตุ :

5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม รายงานผลการดำเนินการให้กองทุนตามรูปแบบและระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งเอกสารอื่นๆ ที่คณะกรรมการกำหนด

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามที่กองทุนกำหนด

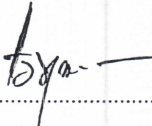
บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..... .....ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม


(นางสาวแวบีเตาะจะอุบง)

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลปยุต

(ลงชื่อ)..... .....ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม

(นายแวมุฮำมัตรอยี ลอดิง)

ประธานกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล อปต.ปยุต

(ลงชื่อ)..... .....พยาน

(.....)

กรรมการ

(ลงชื่อ)..... .....พยาน

(.....)

กรรมการ

ใบสำคัญรับเงิน

หน่วยงาน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลปุยุด
โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อชาวปุยุดฟันดี
กิจกรรม คัดกรองสุขภาพฟันและให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดช่องปาก
ณ ห้องประชุมอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯตำบลปุยุด

วันที่ 20 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560

ข้าพเจ้า นางดรุณี จุณี อยู่บ้านเลขที่ 70/9 หมู่ที่ 7
ตำบล/แขวง ปุยุด อำเภอ/เขต เมืองปัตตานี จังหวัด ปัตตานี
ได้รับเงินจาก ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลปุยุด ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าอาหารกลางวันพร้อมเครื่องดื่ม 30 คน X 50 บาท X 1 มื้อ	1,500
- ข้าว แกวเลี้ยงกุ้งสด ไข่เจียว	
- น้ำ ขวด	
ค่าอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม 30 คน X 25 บาท X 2 มื้อ	1,500
-ขนมปังไส้ถั่ว	
-น้ำผลไม้กล่อง	
- น้ำถั่วฝักยาว	
บาท	3,000

จำนวนเงิน (สามพันบาทถ้วน)

(ลงชื่อ)ผู้รับเงิน
(นางสาวดรุณี จุณี.)

(ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวแวบีเดาะ เจะอุบง)

 **บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 9605 00244 47 9**

ชื่อตัวและชื่อสกุล **น.ส. ดรุณี จูนิ**
Name **Miss Darunee**
Last name **Juni**
เกิดวันที่ **1 พ.ค. 2521**
Date of Birth **1 May 1978**
ศาสนา **อิสลาม**

ที่อยู่ **70/9 หมู่ที่ 7 ต.ปยุต อ.เมืองปัตตานี**
จ.ปัตตานี

31 พ.ค. 2555  30 เม.ย. 2564
วันออกบัตร **(นายสุกิจ เจริญรัตนกุล)** วันบัตรหมดอายุ
Date of Issue **เจ้าพนักงานออกบัตร** Date of Expiry

9401-02-05310907



น.ส. ดรุณี จูนิ

2

30

ใบลงทะเบียน

กิจกรรมส่งเสริมทัศนศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ

โครงการส่งเสริมทัศนศึกษาเพื่อชาวปยุตพันธ์

วันที่ 20 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560

11/2

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	เบอร์โทรศัพท์	ลายมือชื่อ
1	น.ป.เสาว: ชาติ	26/4 ม.3 ต.ปยุต	084-7486260	น.ป.เสาว:
2	ช.ก.เสาว: ตาเป	59 ม.4 ต.ปยุต	0998484815	ช.ก.เสาว:
3	ส.ก.เสาว: เล่าลือเขาว:	36 ม.1 ต.ปยุต	080-7012604	ส.ก.เสาว:
4	เสาวรอนงค์ น.ป.เสาว	59/1 ม.3 ต.ปยุต	082-2677992	เสาวรอนงค์
5	ว.ก.เสาว: โท:	23/5 ม.2 ต.ปยุต	088-593-9928	ว.ก.เสาว:
6	ไชยวัฒน์ น.เสาว	27 ม.6 ต.ปยุต	096 034 2546	ไชยวัฒน์
7	อ.เสาว: เอนิษา	29 ม.4 ต.ปยุต	0805394223	อ.เสาว:
8	เสาววัฒน์ เสาว	64/13 ม.6 ต.ปยุต	083 116521	เสาววัฒน์
9	อ.เสาว: น.เสาว	19 ม.5	090-1526766	อ.เสาว:
10	น.เสาว: น.เสาว	52/2 ม.3 ต.ปยุต	080-7095070	น.เสาว:
11	อ.เสาว: อ.เสาว	25 ม.2 ต.ปยุต	084-3929990	อ.เสาว:
12	เสาว: เสาว:	145/15 ม. 7 ต.ปยุต	098-7029048	เสาว:
13	น.เสาว: เสาว:	3/2 ม.1 ต.ปยุต	0807103680	น.เสาว:
14	เสาว: เสาว	65/2 ม. 7	088-8885891	เสาว:
15	น.เสาว: เสาว	8 ม.5 ต.ปยุต	087-2912488	น.เสาว:
16	น.เสาว: เสาว	99/7 ม.7 ต.ปยุต	086-2970776	น.เสาว:
17	น.เสาว: เสาว	31/25 ต.ปยุต	084-4633503	น.เสาว:
18	น.เสาว: เสาว	69/4 ม.5 ต.ปยุต	098-8401219	น.เสาว:
19	น.เสาว: เสาว	6 ม.3 ต.ปยุต	081-2689977	น.เสาว:
20	น.เสาว: เสาว	42/2 ม.5 ต.ปยุต	081-4788849	น.เสาว:
21	น.เสาว: เสาว	52/1 ม.7 ต.ปยุต	-	น.เสาว:
22	น.เสาว: เสาว:	95 ม.1 ต.ปยุต	097-8310558	น.เสาว:
23	น.เสาว: เสาว	56/2 ม.3 ต.ปยุต	084-4456200	น.เสาว:
24	น.เสาว: เสาว	7/2 ม.2 ต.ปยุต	082-8210171	น.เสาว:
25	น.เสาว: เสาว	88 ม.7 ต.ปยุต	081-6787013	น.เสาว:
26	น.เสาว: เสาว	3/4 ม.4 ต.ปยุต	081-0999006	น.เสาว:
27	น.เสาว: เสาว	613 ม.7 ต.ปยุต	097-2691999	น.เสาว:
28	น.เสาว: เสาว	130/2 ม.7 ต.ปยุต	0937614819	น.เสาว:

ใบสำคัญรับเงิน

วิทยากร

หน่วยงาน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลปยุต

โครงการ ส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อชาวปยุต

วันที่ 20 มิ.ย. ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมอนามัยเฉลิมพระเกียรติตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

วันที่ 20 เดือน มิ.ย. พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้าพเจ้า น.ส. นุรชัยตุลอุดมล มุณี อยู่บ้านเลขที่ 64/1 หมู่ที่ -

ถนน ลพบุรี ตำบล ลพบุรี อำเภอ เมือง จังหวัด ปัตตานี

ได้รับเงินจาก

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน 4 ชั่วโมง ชุดละ 600 บาท.	2400 -	-
	2400 -	-

จำนวนเงิน (๒๔๐๐ บาท สี่ร้อยบาทถ้วน) บาท

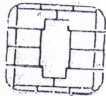
(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน
(น.ส. นุรชัยตุลอุดมล มุณี)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน
(น.ส. อาริษา อารีเตชะ)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 ประชาชน Thai National ID Card
 Identification Number 1 9410 00180 51 4

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. นุรชัยตุลอัคมาล มุฮิ
 Name Miss Nurzaitul-akmal



Last name Muhi

เกิดวันที่ 1 ม.ค. 2536

Date of Birth 1 Jan. 1993

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 64/1 ถ.จะบังติกอ ต.จะบังติกอ
 อ.เมืองปัตตานี จ.ปัตตานี

29 ต.ค. 2566

วันออกบัตร

29 Oct. 2021

Date of issue

(นายคิงทิม หักตะกุล)
 เจ้าพนักงานออกบัตร

31 ธ.ค. 2564

วันบัตรหมดอายุ

31 Dec. 2021

Date of expiry

150
140
130



9499-02-10291405

นุรชัยตุลอัคมาล

(น.ส. นุรชัยตุลอัคมาล มุฮิ)

(น.ส. นุรชัยตุลอัคมาล มุฮิ)

BORA-16-02



ประเทศไทย
 THAILAND

00 0203710-00

ใบสำคัญรับเงิน

หน่วยงาน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลปยุต
โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อชาวปยุตพันธ์
กิจกรรม คัดกรองสุขภาพฟันและให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดช่องปาก
ณ ห้องประชุมอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯตำบลปยุต

วันที่ 21 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560

ข้าพเจ้า นางสาวดรุณี จุณี อยู่บ้านเลขที่ 70/9 หมู่ที่ 7
ตำบล/แขวง ปยุต อำเภอ/เขต เมืองปัตตานี จังหวัด ปัตตานี
ได้รับเงินจาก ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลปยุต ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าอาหารกลางวันพร้อมเครื่องดื่ม 50 คน X 50 บาท X 1 มื้อ	2,500
- ข้าว แกงส้ม ไข่เจียว	
- น้ำ ขวด	
ค่าอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม 50 คน X 25 บาท X 2 มื้อ	2,500
-ขนมเค้กฝอยทอง	
-น้ำผลไม้กล่อง	
- น้ำถ้วยเจาะ	
บาท	5,000

จำนวนเงิน (ห้าพันบาทถ้วน)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(นางสาวดรุณี จุณี.)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวแวปีเดาะ เจะอุบง)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 9605 00244 47 9**

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ดรุณี จูนิ
Name Miss Darunee
Last name Juni
เกิดวันที่ 1 พ.ค. 2521
Date of Birth 1 May 1978

ศาสนาอิสลาม
ที่อยู่ 70/9 หมู่ที่ 7 ต.ปยุค อ.เมืองปัตตานี
จ.ปัตตานี

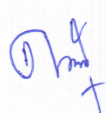

31 พ.ค. 2555
วันออกบัตร
31 May 2012
Date of Issue


(นายสุภัท เจรินทร์กุล)
เจ้าพนักงานออกบัตร

30 เม.ย. 2564
วันบัตรหมดอายุ
30 Apr. 2021
Date of Expiry

9401-02-05310907






น.ส. ดรุณี จูนิ

(๑)
กลุ่ม ๖ คนโดยประมาณ

ใบลงทะเบียน

กิจกรรมส่งเสริมทัศนศึกษาในกลุ่มเด็กนักเรียน

โครงการส่งเสริมทัศนศึกษาเพื่อชาวพุทธพันธ์ดี

วันที่ 21 เดือน ๖ พ.ศ. 2560

ณ.....

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ
1	อิตาทักกะห์ ชัยเดช	39/1 ม.1 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	อิตาทักกะห์
2	กามังคะห์ กะตุณ	๕7-๑๖ ต.ปยุตจ.ปัดตานี	กามังคะห์
3	วิฑานะห์ สานัน	1/๑ ม.1 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	วิฑานะห์
4	อชชอนันต์ สุนต์	6/1 ม.1 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	อชชอนันต์
5	อาฟาฟ คานฉี	๗0/31 ม.1 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	อาฟาฟ
6	อิรฟานห์ ต้อระ	135/12 ม.7 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	อิรฟานห์
7	คริสริท สะตาจัน	28/2 ม.6 ต.บาราเฮาะจ.ปัดตานี	คริสริท
8	คัมฟาน คัมปะดะ	6/5 ม.6 ต.บาราเฮาะจ.ปัดตานี	คัมฟาน
9	ศุภชัยมะห์ วัฒนะ	35 ม.5 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	ศุภชัยมะห์
10	คูลีฮาลา แลปะรอนัง	91 ม.7 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	คูลีฮาลา
11	ฮาซันนะห์ ปุมาะ	21/1 ม.2 ต.บาราเฮาะจ.ปัดตานี	ฮาซันนะห์
12	อัสลีฮะห์ ทะยัลลาแหว	37 ม.5 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	อัสลีฮะห์
13	สุหิตา นบิต	5/1 ม.2 ต.บาราเฮาะจ.ปัดตานี	สุหิตา
14	ฟาอัส ลาะเวีย	62 ม.๒ ต.ปยุต	ฟาอัส
15	ปะหะบะห์ ยะบูไซฮะ	๗๒ ม.๑ ต.ปยุต	ปะหะบะห์
16	ฮาซาที ตอเอ็ง	64/1 ม.3 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	ฮาซาที
17	ฮัสฎะห์ แวสุลลา	๗๗ ม.๔ ต.ปยุต	ฮัสฎะห์
18	ยัสลิฮิน พลัด	25/1 ม.3 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	ยัสลิฮิน
19	หุรมา ยานะฮอ	27/7 ม.4 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	หุรมา
20	หุรกีร์ มะปะแวตอรรุแหว	12/2 ม.5 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	หุรกีร์
21	ฮาลีฟฮาดี มุฮัล	11/4 ม.5 ต.บาราเฮาะจ.ปัดตานี	ฮาลีฟฮาดี
22	หะมัด ออคา:	1/4 ม.6 ต.บาราเฮาะจ.ปัดตานี	หะมัด
23	ฮัสฎะห์มะห์ บินฮาดีมะ	37 ม.3 ต.บาราเฮาะจ.ปัดตานี	ฮัสฎะห์มะห์
24	นาออลิมะห์ มะ	8/4 ม.1 ต.บาราเฮาะจ.ปัดตานี	นาออลิมะห์
25	นางสาวอัสมาอะห์ ฮาละ:	14 ม.4 ต.ปยุตจ.ปัดตานี	นางสาวอัสมาอะห์

ใบลงทะเบียน

กิจกรรมส่งเสริมทัศนสุขภาพในกลุ่มเด็กนักเรียน

โครงการส่งเสริมทัศนสุขภาพเพื่อชาวปยูคัพินดี

วันที่ 21 เดือน อ.ย. พศ. 2560

ณ

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ
26	ฉามาณี กะตอง	30/15 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	ฉามาณี
27	อัครมี ดอมา	28/2 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	อัครมี
28	หิฟาดัดห์ ตาและลูเซ็ง	1/1 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	หิฟาดัดห์
29	ฮารัน ฮาม	30 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	ฮารัน
30	ฮานุก สตา เต๋นฮอตาม	28/1 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	ฮานุก ฮานุก สตา
31	ดาร์ยัยห์ ลีดา	11 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	ดาร์ยัยห์
32	ซัลเวียห์ ตี-มิ	12 ต. บาราเฮาะ จ. ปัตตานี	ซัลเวียห์
33	วิลลิสร์ แกะมะ	36/1 ต. บาราเฮาะ จ. ปัตตานี	วิลลิสร์
34	นุรฮากีมะนั นีเต๊ะ	7 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	นุรฮากีมะนั
35	ซัลวาหี สดง	125/1 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	ซัลวาหี
36	อับดุลเลาะ แกะนลง	14 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	อับดุลเลาะ
37	อาฟีล โต๊ะกะ	13/1 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	อาฟีล
38	ฟาริด อีซอแรง	4/1 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	ฟาริด
39	เจฮอฮันนั ตันจัน	66 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	เจฮอฮันนั
40	นิฮ์ซันนหะ เสีฮิยา	31 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	นิฮ์ซันนหะ
41	นิฮ์ซันนหะ เสีฮิยา	25/1 ต. สดง จ. ปัตตานี	นิฮ์ซันนหะ
42	นุรมา ขาน=40	25/7 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	นุรมา
43	ซัลวิน นอด	25/1 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	ซัลวิน
44	นุรกีฮะ นะบีวาล์ฮาน	12/2 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	นุรกีฮะ
45	นิฮ์ซันนหะ นุสฮิ	21/2 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	นิฮ์ซันนหะ
46	นุรเด็ยฮานา อะบ	4 ม. 1 ต. ปยุต	นุรเด็ยฮานา
47	ฟาริดะห์ นอฮ	81 ม. 2 ต. ปยุต	ฟาริดะห์
48	อับดุล นีฮ์ซัน	147/5 ม. 2 ต. ปยุต	อับดุล
49	มุฮัมมัด ฮาม	4/13 ม. 1 ต. ปยุต จ. ปัตตานี	มุฮัมมัด
50	มุฮัมมัด กะลุป	4/2 ม. 1 ต. ปยุต	มุฮัมมัด

ใบสำคัญรับเงิน

วิทยากร

หน่วยงาน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลปยุต

โครงการ ส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อชาวปยุต

วันที่ 21 มิ.ย. ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมอนามัยเฉลิมพระเกียรติตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

วันที่ 21 เดือน มิ.ย. พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้าพเจ้า น.ส. นุรชัยตุลอัศมาล มุอิ อยู่บ้านเลขที่ 64/1 หมู่ที่ -

ถนน ล.นังคีรอ ตำบล ล.นังคีรอ อำเภอ เมือง จังหวัด ปัตตานี

ได้รับเงินจาก

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน 4 ชั่วโมง 600 บาท	2,400.	-
	2,400.	-

จำนวนเงิน (2,400 บาท)

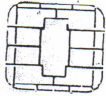
(ลงชื่อ) นุรชัยตุลอัศมาล มุอิ ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ) นายก อบต. ปัตตานี ผู้จ่ายเงิน



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9410 00180 51 4

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. นุรชัยตุลอัคมาล มูฮิ
 Name Miss Nurzaitul-akmal



Last name Muhi

เกิดวันที่ 1 ม.ค. 2536

Date of Birth 1 Jan. 1993

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 64/1 ถ.จะบังติกอ ต.จะบังติกอ

อ.เมืองปัตตานี จ.ปัตตานี

29 ต.ค. 2556

วันออกบัตร

29 Oct. 2013

Date of issue

(นายศิริพงษ์ ฟานตระกูล
 เจ้าพนักงานออกบัตร)

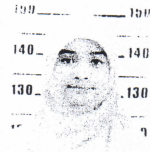
31 ธ.ค. 2564

วันบัตรหมดอายุ

31 Dec. 2021

Date of Expiry

9499-02-10291405

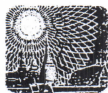


น.ส. นุรชัยตุลอัคมาล มูฮิ

(น.ส. นุรชัยตุลอัคมาล มูฮิ)

น.ส. นุรชัยตุลอัคมาล มูฮิ

BORA-16-02



ประเทศไทย
 THAILAND

170-0726370-23

ทะเบียนเลขที่ 2940100006246.....

คำขอที่ 9402258000045.....



แบบ พค. 0403

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์
ใบทะเบียนพาณิชย์
ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า

นางสาว ชุมนัยัมภ์ กะลุ่มแป

ได้จดทะเบียนพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2499

เมื่อวันที่ ... 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558

ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์กิจ

อาร์ แอน เอส การค้า

เขียนเป็นอักษรโรมัน

R & S MARKETTING

ชนิดแห่งพาณิชย์กิจ

ร้านขายอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิด วัสดุการเรียนการสอน วัสดุอุปกรณ์สำนักงาน

วัสดุอุปกรณ์สนามเด็กเล่น วัสดุอุปกรณ์กีฬา วัสดุอุปกรณ์ทำขนมผลิตภัณฑ์พลาสติก

และไฟเบอร์อุปกรณ์เฟอร์นิเจอร์ เครื่องอุปโภคบริโภควัสดุอุปกรณ์ทางการเกษตรทุกชนิด

อุปกรณ์เครื่องใช้ทุกชนิดในครัวเรือน สินค้าเบ็ดเตล็ดทุกชนิด

ที่ตั้งสำนักงานใหญ่

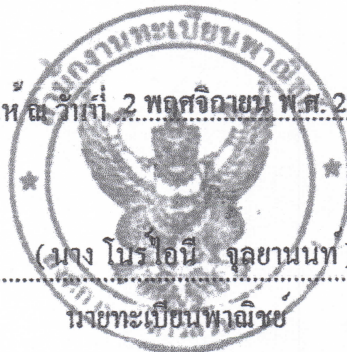
เลขที่ 4/8 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง ปุข อำเภ/เขต เมืองปัตตานี จังหวัด ปัตตานี



(Handwritten signature and name: อ.ร. ชุมนัยัมภ์ กะลุ่มแป)

ออกให้ ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558



(นาง โนน ใจนิ จุลยานนท์)

นางทะเบียนพาณิชย์



อาร์แอนเอส การค้า
4/8 ม.1 ต.ปู่ยุด อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000
2940100006246

นางสาว สุเมียมยัต กระจุกแป

โครงการส่งเสริมทัศนสุขภาพเพื่อชาวปยุตพันธ์

อาร์แอนเอส การ์ด
 4/8 ม.1 ต.ปยุต อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000
 2940100006246

บิลเงินสด
CASH SALES

เลขที่ BILL NO.
 เลขที่ BOOK NO.
 เลขประจำตัวประชาชน IDENTIFICATION NO.
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี TAX IDENTIFICATION NO.

วันที่ 16 มิ.ย. 60
 DATE

นามลูกค้า CUSTOMER: หมอสมทรงศรีพรหมพร ๓.๖๔๓
 ที่อยู่ ADDRESS: ม.ร ๓.๖๔๓ อ.เมือง จ.ปัตตานี

29401 00006246

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	สต./Stg.
	โต๊ะไม้-ลายสีดง ๑๐๐x๑๐๐		๗,๓๐๐.-	-
	หมอนอิงลายสีดง			
	หมอนอิงลายสีดง			
	หมอนอิงลายสีดง			
	หมอนอิงลายสีดง			
	หมอนอิงลายสีดง			
	หมอนอิงลายสีดง			
	หมอนอิงลายสีดง			
	หมอนอิงลายสีดง			
รวมเงิน TOTAL			๗,๓๐๐.-	-

ผู้รับเงิน RECEIVED BY : 
 ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ

โครงการส่งเสริมทัศนสุขภาพเพื่อชาวปทุมธานี

อาร์เอเนเอส การ์คิ
 4/8 ม.1 ต.ปทุม อ.เมือง จ.ปทุมธานี 94000
 2940100006246

เล่มที่ / Book No. _____

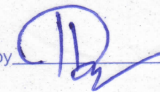
เลขที่ / Bill No. _____


ใบส่งของ
DELIVERY BILL

นาม CUSTOMER ชมรมคณาจารย์โรงเรียนสาธิต ปทุมธานี
 ที่อยู่ ADDRESS ม.7 ต.ปทุม อ.เมือง จ.ปทุมธานี

วันที่ DATE 16 มิ.ย. 60
 ได้รับของตามรายการข้างล่างนี้ไว้
 ถูกต้องแล้ว

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
100 ชุด	อุปกรณ์ทำต๋ามลวดลาย สีทรีมีเดีย	19	1900. -
	- ไม้จิ้มฟัน		
	- ขลุ่ยสี		
30 ชุด	อุปกรณ์ทำต๋ามลวดลาย ปาก ทอสี	40	1200. -
	- ไม้จิ้มฟัน		
	- ขลุ่ยสี		
50 ชุด	อุปกรณ์ทำต๋ามลวดลาย เด็กรักเรียน	40	2000. -
	- ไม้จิ้มฟัน		
	- ขลุ่ยสี		
80 ชุด	อุปกรณ์ทำต๋ามลวดลาย - ไม้จิ้มฟัน	30	2400. -
	- ขลุ่ยสี + ปาก		
	- ไม้จิ้มฟัน + ขลุ่ยสี + ปาก		
บาท BAHT	- ไม้จิ้มฟัน + ขลุ่ยสี + ปาก	รวมเงิน TOTAL	7300. -

ผู้รับของ
 Received by 

ผู้ส่งของ
 Consigned by 

หมายเหตุ ชำระเงินแล้วจะออกใบเสร็จ
 รับเงินถูกต้องตามกฎหมาย