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

1. ชื่อแผนงาน/โครงการ/**โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ๐ –๕ ปี**

**ประจำปี ๒๕๖๑**

1. **ผลการดำเนินงาน**

* ผู้ปกครองเข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติจำนวน ๘๐ คน

.- ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ๐ – ๕ ปีที่ถูกต้อง

และสมวัยและสามารถประเมินและกระตุ้นพัฒนาการตามวัยของบุตรหลานได้

- เด็ก ๐ – ๕ ปี ทั้งหมดจำนวน ๑๖๒ คนได้รับการตรวจพัฒนาการจำนวน ๑๕๙ คน ร้อยละ

๙๘.๑๔พัฒนาการสมวัย ๑๑๑ คน สงสัยล่าช้า ๔๘ คน ร้อยละ ๓๐.๑๘ ได้รับการกระตุ้น

พัฒนาการตามวัยติดตาม ๑ เดือน มีพัฒนาการสมวัย ๑๕๘ คน ส่งต่อรพ.ศรีนครินทร์ ๑ คน

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ...............................................................................................................

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

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

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....๑๓,๔๐๐............................บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ......๑๓,๔๐๐...........................บาทคิดเป็นร้อยละ...๑๐๐...................

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ...........-.....................................บาทคิดเป็นร้อยละ......-......................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🞎ไม่มี

🞎มี

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

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

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

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

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

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

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

(นางนัยวนา สงเล็ก)

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำกะ ..

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑