

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อ
เสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการป้องกันภาวะชีดในหญิงตั้งครรภ์ แม่ปลอดภัย
อนามัยสมบูรณ์ของรพ.สต.บ้านลำไผ่ ตำบลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

๑. ผลการดำเนินงาน

- หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ ใส่ใจต่อสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น ส
ความรู้ที่ ได้ไปปฏิบัติได้ถูกต้อง
- อัตราภาวะชีดในหญิงตั้งครรภ์ลดลงไม่เกิน ๑๐ %

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ๓๖ คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๒๐๕๐ บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๒๐๕๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาท คิดเป็นร้อยละ

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
- มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)..... วิทยากรที่แจ้งชื่อไปไม่สามารถมาเป็นวิทยากรได้เนื่องจากติด
ภารกิจ.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)..... ได้มีการติดต่อวิทยากรคนอื่นชื่อนางสาวอาทิตยา สวัสดิ์รักษา มาเป็นวิทยากร.....

ลงชื่อ.....
(นางอุไรวรรณ ลีสุรพงศ์)

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำไผ่

วันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๑

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อ
เสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในหญิงวัย
เจริญพันธุ์ของรพ.สต.บ้านลำแกลง ตำบลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

๑. ผลการดำเนินงาน

- หญิงวัยเจริญพันธุ์มีความรู้ ความเข้าใจ ใส่ใจต่อสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น และสามารถ
นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติได้ถูกต้อง
- ไม่มีภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

๒.๒จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....๕๐..... คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ๓,๓๓๗.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง๓,๓๓๗.....บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯบาท คิดเป็นร้อยละ.....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
- มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน

(นางอุไรวรรณ ลีสุรพงศ์)

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำแกลง

วันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๑