

แบบรายงานผลการดำเนินงาน
โครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลทุ่งลาน ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒

ชื่อโครงการ

โครงการอบรมใจพิชิตภัยความดันโลหิตสูงหมู่ที่ ๓ บ้านมะพร้าว

วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อให้ประชาชนอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น และ ค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
- ๒) เพื่อให้ผู้ป่วยในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการตรวจวัดความดันโลหิตได้ครอบคลุมมากขึ้น
- ๓) เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดำเนินการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

งบประมาณ

ได้รับการสนับสนุน จำนวน ๘,๕๗๕ บาท

ยืมและใช้จ่ายไป สำรองจ่ายไป **ดังนี้**

- | | | |
|--|-----------------|--------------------|
| - เครื่องวัดความดันโลหิต | จำนวน ๒ เครื่อง | เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท |
| - เครื่องชั่งน้ำหนัก | จำนวน ๑ เครื่อง | เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท |
| - เครื่องตรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร | จำนวน ๑ เครื่อง | เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท |
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มจำนวน ๑๕ คนๆ ละ ๒๕ บาท | จำนวน ๑ มื้อ | เป็นเงิน ๓๗๕ บาท |
| คงเหลือเงินยืมและส่งคืนมาพร้อมนี้ จำนวน.....บาท | | |

ระยะเวลาดำเนินการ

๑ ตุลาคม ๒๕๖๑- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ผลการดำเนินงาน

- ๑) จัดซื้อเครื่องวัดความดันโลหิต จำนวน ๒ เครื่อง เครื่องชั่งน้ำหนัก จำนวน ๑ เครื่อง เครื่องตรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร จำนวน ๑ เครื่อง
- ๒) จัดทำทะเบียน และดูแลเครื่องมือ อุปกรณ์ของหมู่บ้าน
- ๓) อบรมให้ความรู้ เรื่องทักษะการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและการบำรุงรักษา โดยเจ้าหน้าที่ รพสต. ทุ่งลาน
- ๔) ให้บริการตรวจวัดความดันโลหิตให้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการทราบค่าความดันโลหิต เพื่อควบคุมโรคของตนเองหรือก่อนไปรับยา
- ๕) ออกให้บริการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบหมู่ที่ ๓ บ้านมะพร้าว
- ๖) จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการตรวจคัดกรองความดันโลหิตในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ให้กับ รพ.สต. ทุ่งลาน

ปัญหา/อุปสรรค

ไม่มี



เจ.อาร์.พี.อุปกรณ์การแพทย์

ใบสั่งของ

3/32 หมู่ที่ 5 ถนนคลองแระ-นาทวี ตำบลพังลา อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา 90170

โทร.(089) 8908756

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3901000575426

นามผู้ซื้อ/Customer Name ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ม.3 ตำบลทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา

ใบสั่งซื้อเลขที่ ORDER NO.	รหัสลูกค้า COSTOMERS NO.	เลขที่บิล BILL NO.	JR620803
พนักงานขายเขตจรัล SALEMAN/AREA	วัน เดือน ปี 30/8/2562	วันครบกำหนดชำระเงิน DUE DATE 30 วัน	

ลำดับ	ขนาด/แบบ SIZE FROM	รายการสินค้า DESCRIPTION	จำนวน QUANTITY	ราคา/หน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1	เครื่อง	เครื่องวัดความดันโลหิต	2	2,500.00	5,000.00
2	เครื่อง	เครื่องชั่งน้ำหนัก	1	1,200.00	1,200.00

บาท BAHT	(เงิน หกพันสองร้อยบาทถ้วน)	จำนวนเงินทั้งสิ้น GRAND TOTAL	6,200.00
-------------	----------------------------	----------------------------------	----------

จำนวนเงินโดย

() เงินสด

() เช็คธนาคารเลขที่ สาขา เลขที่ ลงวันที่

ได้รับสินค้าตามรายการถูกต้องแล้ว			ในนาม เจ.อาร์.พี. อุปกรณ์การแพทย์
ผู้รับของ/RECEIVER	ผู้ส่งของ/DELIVERED BY	ผู้รับเงิน/COLLECCLD	
วันที่/DATE.....	วันที่/DATE... ๓๐/8/๖๒	วันที่/DATE.....	AUTHORIZED SIGNATURE/ลายเซ็น



เจ.อาร์.พี.อุปกรณ์การแพทย์

ใบเสร็จรับเงิน

3/32 หมู่ที่ 5 ถนนคลองแจะ-นาทวี ตำบลพังลา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา 90170

โทร.(089) 8908756

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3901000575426

นามผู้ซื้อ/Customer Name ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ม.3 ตำบลทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา

ใบสั่งซื้อเลขที่ ORDER NO.	รหัสลูกค้า COSTOMERS NO.	เลขที่บิล BILL NO.	JR620803
พนักงานขายเขตจรัล SALEMAN/AREA	วัน เดือน ปี 2/9/2562	วันครบกำหนดชำระเงิน DUE DATE 30 วัน	

ลำดับ	ขนาด/แบบ SIZE FROM	รายการสินค้า DESCRIPTION	จำนวน QUANTITY	ราคา/หน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1	เครื่อง	เครื่องวัดความดันโลหิต	2	2,500.00	5,000.00
2	เครื่อง	เครื่องชั่งน้ำหนัก	1	1,200.00	1,200.00

บาท	(เงิน หกพันสองร้อยบาทถ้วน)	จำนวนเงินทั้งสิ้น	6,200.00
BAHT		GRAND TOTAL	

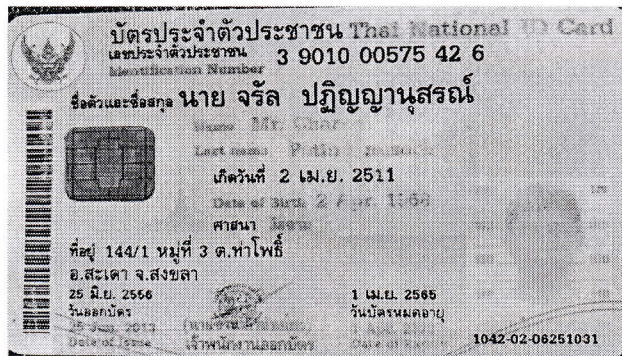
จำนวนเงินโดย

 เงินสด เช็คธนาคารเลขที่ สาขา เลขที่ ลงวันที่

ได้รับสินค้าตามรายการถูกต้องแล้ว

ในนาม เจ.อาร์.พี. อุปกรณ์การแพทย์

ผู้รับของ/RECEIVER	ผู้ส่งของ/DELIVERED BY	ผู้รับเงิน/COLLECCLC	AUTHORIZED SIGNATURE/ลายเซ็น
วันที่/DATE.....	วันที่/DATE.....	วันที่/DATE 2/9/62	



ข้าพเจ้าขอแจ้ง

ชื่อ

(นายจรัล ปฏิญญานุสรณ์)



บริษัท กู้ด ชิพ แอนด์ เซิร์ฟ จำกัด

760/327 ซอย 38 ถนนพัฒนาการ แขวง สวนหลวง เขต สวนหลวง จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10250 (สำนักงานใหญ่)

TEL : (085) 8998937 เลขผู้เสียภาษี 0105559163375 FAX: Email : salegoodship@gmail.com

ใบส่งสินค้า / ใบกำกับภาษี INVOICE / TAX INVOICE

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร
0105559163375

ลูกค้า : ศสมช. หมู่ที่ 3 ตำบล หู้งาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา Customer	เลขที่ : GST19-045 No.
สถานที่ส่งสินค้า : Place To Delivery	วันที่ : Date
	รหัสลูกค้า : 12548 Customer Code

เงื่อนไข : 30 วัน Condition	วันครบกำหนด : Due Date	อ้างอิง Ref.	พนักงานขาย : จักรินทร์ 0858998937 Salesman
--------------------------------	---------------------------	-----------------	---

ลำดับ Item	รายการ Description	จำนวน Quantity	ราคา Unit Price	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
1	เครื่องวัดโซเดียมแบบดิจิตอล ยี่ห้อ DRETEC	1 เครื่อง	2,000.00		2,000.00

หมายเหตุ :	รวม / Total	2,000.00
ส่วนลด / Discount	ยอดหลังลด / Balance	2,000.00
เงินมัดจำ / Deposit	มูลค่าสินค้า / Value Amount	1,869.16
ตัวอักษร (สองพันบาทถ้วน)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม / Vat 7%	130.84
	สุทธิ / Net Amount	2,000.00

ลงชื่อ _____ ผู้รับสินค้า / Received By	ลงชื่อ _____ ผู้ส่งสินค้า / Sent By	ลงชื่อ _____ ผู้อำนวยการ / Manager
วันที่ ____/____/____	วันที่ ____/____/____	วันที่ ____/____/____





บริษัท กู้ด ชิพ แอนด์ เซิร์ฟ จำกัด

760/327 ซอย 38 ถนน พัฒนาการ แขวง สวนหลวง เขต สวนหลวง จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10250 (สำนักงานใหญ่)

TEL : (085) 8998937 เลขผู้เสียภาษี 0105559163375 FAX: Email : salegoodship@gmail.com เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

ใบเสร็จรับเงิน

0105559163375

ได้รับเงินจาก : ศสมช. หมู่ที่3 ตำบล ทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา	เลขที่ : RC19-046 วันที่ : รหัสลูกค้า : 12548
---	---

ลำดับ	เลขที่ใบกำกับ	จำนวนเงิน	ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	สุทธิ
1	GST19-045 รับชำระหนี้	2,000.00		2,000.00

ตัวอักษร (สองพันบาทถ้วน)	จำนวนเงินรวม	2,000.00
--------------------------	--------------	----------

กรณีชำระด้วยเช็คใบเสร็จฯ จะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินตามเช็คได้ครบถ้วนแล้ว
2,000.00



ลงชื่อ _____ ลูกค้า	ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน	ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจอนุมัติ
------------------------	----------------------------	-----------------------------------

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่ 3

วันที่ 30 กันยายน 2562

ข้าพเจ้า...นางเอียด แก้วประทุม... อยู่บ้านเลขที่...14... หมู่ที่...9... ตำบล...ทุ่งลาน.....
อำเภอ...คลองหอยโข่ง...จังหวัด...สงขลา.....
ได้รับเงินจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่ 3.....ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 15 คน x 25 บาท เป็นเงิน	375	00
รวมเงิน		375	00

(ตัวอักษร).....สามร้อยเจ็ดสิบห้าบาทถ้วน.....

ลงชื่อ.....*เอียด แก้วประทุม*.....ผู้รับเงิน
(นางเอียด แก้วประทุม)

ลงชื่อ.....*ชนก อ่อนอุไร*.....ผู้จ่ายเงิน
(นางชนก อ่อนอุไร)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 9011 00375 33 0**

ชื่อส่วนและชื่อสกุล **นาง เอียด แก้วประชุม**

Name **Mrs. Aead**

Last Name **Kaewprachum**

เกิดวันที่ **17 พ.ย. 2490**

Date of Birth **17 Nov. 1947**

ศาสนา **พุทธ**

ถึง 14 หมู่ที่ 9 ต.ทุ่งลาน อ.คลองน้อย โย่ง

จ.สงขลา

31 พ.ค. 2556

วันออกบัตร

31 May 2013

Date of Issue



(นางสาว อ. อภัย)

เจ้าพนักงานออกบัตร

ตลอดชีพ

วันบัตรหมดอายุ

LIFELONG

Date of Expiry

9016-02-06311100

