

แบบรายงานผลการดำเนินงาน
โครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลทุ่งลาน ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒

ชื่อโครงการ

โครงการอสม.รวมใจพิชิตภัยความดันโลหิตสูงหมู่ที่ ๖ บ้านทุ่งเจริญ
วัดอุปประสงค์

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

งบประมาณ

ได้รับการสนับสนุน จำนวน ๘,๓๒๕ 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 |
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม | จำนวน ๕ คนๆ ละ ๒๕ บาท จำนวน ๑ มื้อ | เป็นเงิน ๑๒๕ บาท |
| คงเหลือเงินยืมและส่งคืนมาพร้อมนี้ | จำนวน.....บาท | |

ระยะเวลาดำเนินการ

๑ ตุลาคม ๒๕๖๑- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ผลการดำเนินงาน

- ๑) จัดซื้อเครื่องวัดความดันโลหิต จำนวน ๒ เครื่อง เครื่องชั่งน้ำหนัก จำนวน ๑ เครื่อง เครื่องตรวจ
ปริมาณโซเดียมในอาหาร จำนวน ๑ เครื่อง
- ๒) จัดทำทะเบียน และดูแลเครื่องมือ อุปกรณ์ของหมู่บ้าน
- ๓) อบรมให้ความรู้ เรื่องทักษะการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและการบำรุงรักษา โดยเจ้าหน้าที่ รพสต.
ทุ่งลาน
- ๔) ให้บริการตรวจวัดความดันโลหิตให้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการทราบค่าความดันโลหิต เพื่อควบคุมโรค
ของตนเองหรือก่อนไปรับยา
- ๕) ออกให้บริการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบหมู่ที่ ๖ บ้าน
ทุ่งเจริญ
- ๖) จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการตรวจคัดกรองความดันโลหิตในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ให้กับ
รพ.สต.ทุ่งลาน

ปัญหา/อุปสรรค

ไม่มี



เจ.อาร์.พี.อุปกรณ์การแพทย์

ใบส่งของ

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

โทร.(089) 8908756

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3901000575426

นามผู้ซื้อ/Customer Name ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ม.6 ตำบลทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา

ใบสั่งซื้อเลขที่ ORDER NO.	รหัสลูกค้า COSTOMERS NO.	เลขที่บิล BILL NO.	JR620806
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/COLLECCLO	
วันที่/DATE.....	วันที่/DATE 30/8/62	วันที่/DATE.....	AUTHORIZED SIGNATURE/ลายเซ็น



เจ.อาร์.พี.อุปกรณ์การแพทย์

ใบเสร็จรับเงิน

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

โทร.(089) 8908756

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3901000575426

นามผู้ซื้อ/Customer Name

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ม.6 ตำบลทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา

ใบสั่งซื้อเลขที่ ORDER NO.	รหัสลูกค้า COSTOMERS NO.	เลขที่บิล BILL NO.	JR620806
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/COLLECCLD
วันที่/DATE.....	วันที่/DATE.....	วันที่/DATE..... 2/9/62
AUTHORIZED SIGNATURE/ลายเซ็น		

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 9010 00575 42 6
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย จรัส ปฏิญญาอนุสรณ์
 Name Mr. Jars Prityuananusorn

เกิดวันที่ 2 เม.ย. 2511
 Date of Birth 2 / Apr. 1968

ศาสนา อิสลาม
 Religion Islam

ที่อยู่ 144/1 หมู่ที่ 3 ต.ท่าโพธิ์
 อ.สะเตาะ จ.สงขลา
 25 เม.ย. 2556
 วันออกบัตร 29 ธ.ค. 2013
 Date of Issue

1 เม.ย. 2565
 วันบัตรหมดอายุ 1 ธ.ค. 2014
 Date of Expiry

1042-02-06251031

ด้านหน้าของ
 จรัส
 (นายจรัส ปฏิญญาอนุสรณ์)



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. หมู่ 6 ตำบลทุ่งสถาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา
Customer

เลขที่ : GST19-048
No.

วันที่ :
Date

รหัสลูกค้า : 26478
Customer Code

สถานที่ส่งสินค้า :
Place To Delivery

เงื่อนไข :
Condition

วันครบกำหนด :
Due Date

อ้างอิง
Ref.

พนักงานขาย : จักรินทร์ 0858998937
Salesman

ลำดับ Item	รายการ Description	จำนวน Quantity	ราคา Unit Price	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
1	เครื่องวัดไซเคิลแบบคิติดอล 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

วันที่ ___/___/___

ลงชื่อ

ผู้ส่งสินค้า / Sent By

วันที่ ___/___/___

ลงชื่อ

ผู้มีอำนาจอนุมัติ / Manager

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. หมู่ 6 ตำบล ทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา	เลขที่ : RC19-049 วันที่ : รหัสลูกค้า : 26478
---	---

ลำดับ	เลขที่ใบกำกับ	จำนวนเงิน	ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	สุทธิ
1	GST19-048 รับชำระหนี้	2,000.00		2,000.00

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

กรณีชำระด้วยเช็คใบเสร็จฯ จะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินตามเช็ค ได้ครบถ้วนแล้ว
2,000.00

ลงชื่อ _____ ลูกค้า	ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน	ลงชื่อ _____ ผู้โอนเงินอนุมัติ
------------------------	----------------------------	-----------------------------------



ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่ 6

วันที่ 30 กันยายน 2562

ข้าพเจ้า...นางเอียด แก้วประทุม.... อยู่บ้านเลขที่...14... หมู่ที่...9... ตำบล...ทุ่งลาน.....

อำเภอ...คลองหอยโข่ง...จังหวัด...สงขลา.....

ได้รับเงินจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่ 6.....ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 5 คน x 25 บาท เป็นเงิน	125	00
รวมเงิน		125	00

(ตัวอักษร).....หนึ่งร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน.....

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

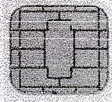
ลงชื่อ.....วันนา เหล่าสุวรรณ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางวันนา เหล่าสุวรรณ)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

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

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาง เอียด แก้วประทุม**



Name **Mrs. Aead**
Last Name **Kaewprachum**
เกิดวันที่ **17 พ.ย. 2490**
Date of Birth **17 Nov. 1947**

ศาสนา **พุทธ**

ที่อยู่ **14 หมู่ที่ 9 ต.ทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง**
จังหวัด **สงขลา**

31 พ.ค. 2556
วันออกบัตร
31 May 2013
Date of Issue

(นางเอียด แก้วประทุม)
เจ้าพนักงานออกบัตร

ตลอดชีพ
วันหมดอายุ
LIFELONG
Date of Expiry **9010-02-06311100**

