

แบบรายงานผลการดำเนินงาน  
โครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เทศบาลตำบลทุ่งลาน ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๒  
\*\*\*\*\*

ชื่อโครงการ

โครงการอสม.รวมใจพิชิตภัยความดันโลหิตสูงหมู่ที่ ๙ บ้านต้นยูง

วัตถุประสงค์

- ๑๐) เพื่อให้ประชาชนอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น และ  
ค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
- ๑๑) เพื่อให้ผู้ป่วยในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการตรวจวัดความดันโลหิตได้ครอบคลุมมากขึ้น
- ๑๒) เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดำเนินการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

งบประมาณ

ได้รับการสนับสนุน จำนวน ๘,๔๐๐ 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 ๘ คนๆ ละ ๒๕ บาท จำนวน ๑ มื้อ เป็นเงิน ๒๐๐ บาท
- คงเหลือเงินยืมและส่งคืนมาพร้อมนี้ จำนวน.....บาท

ระยะเวลาดำเนินการ

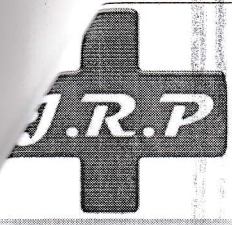
๑ ตุลาคม ๒๕๖๑- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ผลการดำเนินงาน

- ๑๙) จัดซื้อเครื่องวัดความดันโลหิต จำนวน ๒ เครื่อง เครื่องชั่งน้ำหนัก จำนวน ๑ เครื่อง เครื่องตรวจ  
ปริมาณโซเดียมในอาหาร จำนวน ๑ เครื่อง
- ๒๐) จัดทำทะเบียน และดูแลเครื่องมือ อุปกรณ์ของหมู่บ้าน
- ๒๑) อบรมให้ความรู้ เรื่องทักษะการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและการบำรุงรักษา โดยเจ้าหน้าที่ รพสต.  
ทุ่งลาน
- ๒๒) ให้บริการตรวจวัดความดันโลหิตให้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการทราบค่าความดันโลหิต เพื่อควบคุมโรค  
ของตนเองหรือก่อนไปรับยา
- ๒๓) ออกให้บริการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบหมู่ที่ ๙ บ้าน  
ต้นยูง
- ๒๔) จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการตรวจคัดกรองความดันโลหิตในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ให้กับ  
รพ.สต.ทุ่งลาน

ปัญหา/อุปสรรค

ไม่มี



เจ.อาร์.พี.อู่ปรกรณ์การแพทย์

ใบสั่งของ

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

โทร.( 089) 8908756

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3901000575426

นามผู้ซื้อ/Customer Name ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ม.9 ตำบลทุ่งถาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา

ใบสั่งซื้อเลขที่ ORDER NO.	รหัสลูกค้า COSTOMERS NO.	เลขที่บิล BILL NO.	JR620809
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. อู่ปรกรณ์การแพทย์
ผู้รับของ/RECEIVER	ผู้ส่งของ/DELIVERED BY	ผู้รับเงิน/COLLECCLC	AUTHORIZED SIGNATURE/ลายเซ็น
วันที่/DATE.....	วันที่/DATE. 30/8/62	วันที่/DATE.....	



เจ.อาร์.พี.อุปกรณ์การแพทย์

ใบเสร็จรับเงิน

3/32 หมู่ที่ 5 ถนนคลองแจะ-นาทวิ ตำบลพังลา อำเภอสระเดา จังหวัดสงขลา 90170

โทร.( 089) 8908756

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3901000575426

นามผู้ซื้อ/Customer Name ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ม.9 ตำบลทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา

ใบสั่งซื้อเลขที่ ORDER NO.	รหัสลูกค้า COSTOMERS NO.	เลขที่บิล BILL NO.	JR620809
พนักงานขายเขตจรัล SALEMAN/AREA	วัน เดือน ปี 2/9/2562	วันครบกำหนดชำระเงิน DUE DATE 30 วัน	

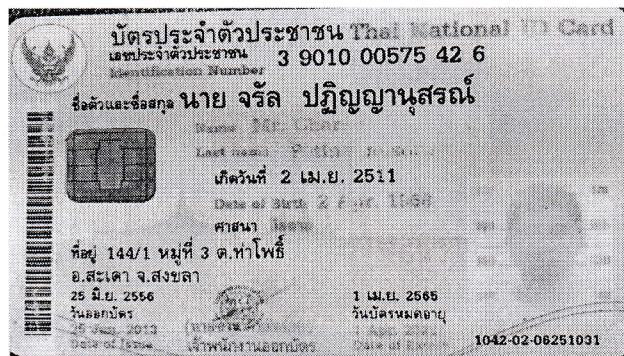
ลำดับ	ขนาด/แบบ SIZE FROM	รายการสินค้า DESCRIPTION	จำนวน QUANTITY	ราคา/หน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1	เครื่อง	เครื่องวัดความดันโลหิต	2	2,500.00	5,000.00
2	เครื่อง	เครื่องชั่งน้ำหนัก	1	1,200.00	1,200.00
บาท BAHT	(เงิน หกพันสองร้อยบาทถ้วน)		จำนวนเงินทั้งสิ้น GRAND TOTAL		6,200.00

จำนวนเงินโดย

( ) เงินสด

( ) เช็คธนาคารเลขที่      สาขา      เลขที่      ลงวันที่

ได้รับสินค้าตามรายการถูกต้องแล้ว			ในนาม เจ.อาร์.พี. อุปกรณ์การแพทย์
ผู้รับของ/RECEIVER	ผู้ส่งของ/DELIVERED BY	ผู้รับเงิน/COLLECCL	AUTHRORIZED SIGNATURE/ลายเซ็น
วันที่/DATE.....	วันที่/DATE.....	วันที่/DATE..... 2/9/62	



อ้างตามบัตร

จรัล

(นายจรัล, ปริญญาสุพรรณ)



# 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

## ใบส่งสินค้า / ใบกำกับภาษี INVOICE / TAX INVOICE

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร  
0105559163375

ลูกค้า : ศสมช. หมู่ที่ 9 ตำบลทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา Customer	เลขที่ : GST19-051 No.
สถานที่ส่งสินค้า : Place To Delivery	วันที่ : Date
	รหัสลูกค้า : 26545 Customer Code

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	เครื่องวัดไซเคียมแบบดิจิตอล 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
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม / Vat 7%	130.84
ตัวอักษร (สองพันบาทถ้วน)	สุทธิ / Net Amount	2,000.00

ลงชื่อ _____ ผู้รับสินค้า / Received By	ลงชื่อ _____ ผู้ส่งสินค้า / Sent By	ลงชื่อ _____ ผู้จัดการ / 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. หมู่ที่ 9 ตำบลทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา	เลขที่ : RC19-052 วันที่ : รหัสลูกค้า : 26545
---	---

ลำดับ	เลขที่ใบกำกับ	จำนวนเงิน	ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	สุทธิ
1	GST19-051 รับชำระหนี้	2,000.00		2,000.00

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

กรณีชำระด้วยเช็ค ใบเสร็จฯ จะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินตามเช็คได้ครบถ้วนแล้ว  
2,000.00

ลงชื่อ _____ ลูกค้า	ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน	ลงชื่อ _____ ผู้อำนวยการอนุมัติ
------------------------	----------------------------	------------------------------------



## ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่ 9

วันที่ 30 กันยายน 2562

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

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

ได้รับเงินจาก .....ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่ 9.....ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 8 คน x 25 บาท เป็นเงิน	200	00
รวมเงิน		200	00

(ตัวอักษร).....สองร้อยบาทถ้วน.....

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

ลงชื่อ..... วรรณษา ขุนชัยสุวรรณ .....ผู้จ่ายเงิน  
(นางวรรณษา ขุนชัยสุวรรณ)







บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9011 00375 33 0

ชื่อและนามสกุล นาง เอียด แก้วประทุม



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



ที่อยู่ 14 หมู่ที่ 9 ต.ทุ่งทาน อ.คลองข่อย โข่ง  
 จ.สงขลา

21 พ.ค. 2556  
 วันออกบัตร  
 21 May 2013

(นายทะเบียน)  
 เจ้าพนักงานทะเบียน

ตลอดชีพ  
 วันบัตรหมดอายุ  
 LIFELONG

Date of Issue

Date of Expiry

9010-02-06311100