

ที่ L๕๑๖๙/๐๙

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
เทศบาลตำบลทุ่งลาน ๔๘ หมู่ที่ ๙
ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง
จังหวัดสงขลา ๙๐๒๓๐

๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบวาระการประชุม จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารประกอบการประชุมในรูปแบบ QR Code จำนวน ๑ ชุด

ด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ได้กำหนดให้มีการประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ในวันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น. ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน ชั้น ๒ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงินไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โครงการขอรับการสนับสนุนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๓ โครงการ และโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๑ โครงการ และเรื่องอื่นๆ รายละเอียดตามระเบียบวาระการประชุมแนบท้าย

เพื่อให้การพิจารณาของกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ฯ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมีความถูกต้องตาม ระเบียบฯ จึงเรียนมาเพื่อขอเชิญท่านเข้าร่วมประชุมตามกำหนดวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายประสิทธิ์ แก้วมรกต)

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
เทศบาลตำบลทุ่งลาน

ผู้ประสานงาน นายภานุ จันทร์เมือง

เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๗ ๓๖๐๙๙๒๐

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ๐๗๔ ๒๔๒๔๕๓

ระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุน
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ครั้งที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ระเบียบวาระที่ ๑.

เรื่อง ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ
ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๒.

เรื่อง รับรองรายงานการประชุมฯ

๑. รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๔ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔



ระเบียบวาระที่ ๓. เรื่อง

พิจารณาและให้ความเห็นชอบ

๑. พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานสถานะทางการเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลทุ่งลาน ไตรมาสที่ ๑- ๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕



๒. พิจารณาโครงการที่ขอรับการสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๓ โครงการ ดังนี้

๑. โครงการคัดกรองป้องกันโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕



๒. โครงการส่งเสริมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์บูรณาการเพื่อผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕



๓. โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะ
ปัญหาคลื่นไส้สภาวะหรือจากระไม่ได้



๓. พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลในพื้นที่ เทศบาล
ตำบลทุ่งลาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖



ระเบียบวาระที่ ๔. เรื่อง อื่นๆ

๑. รายงานผลการดำเนินงานและติดตามโครงการที่ขอรับการสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ได้รับอนุมัติให้ขยายระยะเวลาดำเนินการ จำนวน ๓ โครงการ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)
๒. รายงานผลการดำเนินงานและติดตามโครงการที่ขอรับการสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๓ โครงการ (โรงเรียน ๓ โรงเรียน)
๓.

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



ที่ L๕๑๖๙/๐๙

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

เทศบาลตำบลทุ่งลาน ๔๘ หมู่ที่ ๙

ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง

จังหวัดสงขลา ๙๐๒๓๐

๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

เลขที่รับ 324265
วันที่ 09/8/25
เวลา

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. ระเบียบวาระการประชุมฯ
 ๒. เอกสารประกอบการประชุมในรูปแบบ QR Code

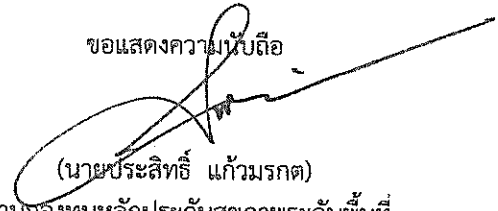
จำนวน ๑ ชุด	ตปสอ.คลองหอยโข่ง
จำนวน ๑ ชุด	575, 65
	วันที่ 30 สก 2565

ด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ได้กำหนดให้คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ในวันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น. ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน ชั้น ๒ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงินไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โครงการขอรับการสนับสนุนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๓ โครงการ และโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๑ โครงการ และเรื่องอื่นๆ รายละเอียดตามระเบียบวาระการประชุมแนบท้าย

เพื่อให้การพิจารณาของกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ฯ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมีความถูกต้องตามระเบียบฯ จึงเรียนมาเพื่อขอเชิญท่านเข้าร่วมประชุมตามกำหนดวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน

ขอแสดงความนับถือ



(นายประสิทธิ์ แก้วมรกต)

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
เทศบาลตำบลทุ่งลาน

เรียน พอ.รพ.คลองหอยโข่ง

เพื่อโปรดพิจารณา
ใช้ส่งเอกสารให้ อบ. ทุ่งลาน
นางสาวกานต์ธิดา พรหมรักษา
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๐๙ สิงหาคม ๒๕๖๕
ข. พันตำรวจตรี ผู้บังคับกอง

นางสาวกานต์ธิดา พรหมรักษา
(นางสาวกานต์ธิดา พรหมรักษา)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้ประสานงาน นายภานุ จันทรเมือง

เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๗ ๓๖๐๙๙๙๒๐

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ๐๗๔ ๒๔๒๔๕๓

Handwritten notes and signatures on the right side of the page, including names like 'ท. ชาติชาย' and 'ท. ชาติชาย'.

สำนักงานสาธารณสุข อ.คลองหอยโข่ง
เลขที่รับ..... ๑๕๖
วันที่ ๒๖ ส.ค. ๒๕๖๕
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
เวลา.....เทศบาลตำบลทุ่งลาน...๕๘ หมู่ที่ ๕๘
ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง
จังหวัดสงขลา ๙๐๒๓๐

ที่ L๕๑๖๙/๐๙

๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบวาระการประชุมฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารประกอบการประชุมในรูปแบบ QR Code จำนวน ๑ ชุด

ด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ได้กำหนดให้มีการประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ในวันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น. ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน ชั้น ๒ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงินไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โครงการขอรับการสนับสนุนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๓ โครงการ และโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๑ โครงการ และเรื่องอื่นๆ รายละเอียดตามระเบียบวาระการประชุมแนบท้าย

เพื่อให้การพิจารณาของกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ฯ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมีความถูกต้องตามระเบียบฯ จึงเรียนมาเพื่อขอเชิญท่านเข้าร่วมประชุมตามกำหนดวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน

เรียน นายประสิทธิ์ แก้วมรกต

ขอแสดงความนับถือ

- เพื่อทราบ

- เพื่อลงนาม

ขอรับทราบ

นัดประชุม

ณ ๒๖ ส.ค. ๒๕๖๕

(นายประสิทธิ์ แก้วมรกต)
ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
เทศบาลตำบลทุ่งลาน

- ณ ๕๘ หมู่ที่ ๕๘

๒๖ ส.ค. ๒๕๖๕

นายประสิทธิ์ แก้วมรกต

ผู้ประสานงาน นายภาณุ จันทร์เมือง

เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๗ ๓๖๐๙๙๒๐

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ๐๗๔ ๒๔๒๔๕๓

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นายประสิทธิ์ แก้วจตุล
ตำแหน่ง นายกเทศมนตรี
หน่วยงาน กท. ทุ่งลาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นายพรสิทธิ์ ใสเด็ญ
ตำแหน่ง กรรมการกองทุนฯ
หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

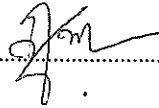
หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นายศรีศศ สว่างขม
ตำแหน่ง ปลัดเทศบาลตำบลทุ่งลาน
หน่วยงาน เทศบาลตำบลทุ่งลาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ.....



หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นายดิน กัดขกสาย
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งลาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นาย น. น. ๑๖/๑๖ ๑๖/๑๖
ตำแหน่ง กรรมการ
หน่วยงาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก ๐๙๓๗๑๔๒๕๓๑

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ นาย น. น. ๑๖/๑๖ ๑๖/๑๖

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นายไมตรี แก้วพิล
ตำแหน่ง กำนันตำบลทุ่งลาน
หน่วยงาน ศ.แพทยหญิง
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นายมงคลชัย พรหมยศ
ตำแหน่ง ภารโรงเทศบาลฯ
หน่วยงาน บ้านหนองบัว
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นายสมน ชาติ สวัสดิ์
ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้าน ม.๑
หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

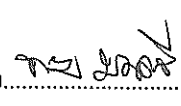
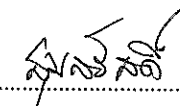
- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ  

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นายคิติกัญญา แก้วสุวรรณ
ตำแหน่ง ผู้แทนในวัย กศน. ตำบลทุ่งลาน เทศบาลตำบลทุ่งลาน
หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ วัลลภ วัฒนสุวรรณ

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นาย.ภณ จันทร์โอภาส
ตำแหน่ง ปลัดเทศบาล
หน่วยงาน ทต.ทุ่งลาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นาง อัจฉรากร รอดใจ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองคดี
หน่วยงาน เทศบาลตำบลทุ่งลาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ..... 

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

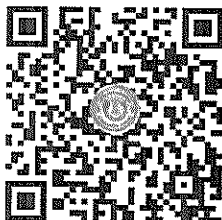
ชื่อ-นามสกุล นางศุภมาส ทอดแก้ว
ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล
หน่วยงาน เทศบาลตำบลทุ่งลาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก ๐๙๕ - ๑๐๘ ๖๒๑๐

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ..... 

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม


หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นายทศพร ทิพย์ ดีวงศ์
ตำแหน่ง นักบริหารระดับชำนาญการ
หน่วยงาน เทศบาลตำบลทุ่งลาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก 081-3884632

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ..... 

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นาย ลีระยากร ทอวสิน
ตำแหน่ง พนักงาน อบต.
หน่วยงาน เทศบาลตำบลทุ่งลาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก ๐๘๖๒๙๖๖๘๒๖

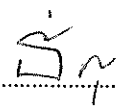
- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ..... 

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้



แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน
ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
เรื่อง พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานทางการเงิน ไตรมาสที่ ๑-๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่ขอรับสนับสนุน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการบริหารจัดการกองทุนฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
วันที่ ๓๑ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ น.
สถานที่ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน

ชื่อ-นามสกุล นางสาวพนกกร อึ้งอุ
ตำแหน่ง ภท. อำนวยการเทศบาล
หน่วยงาน อบต.ทุ่งลาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก 099-570437

- สามารถเข้าร่วมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ และไม่ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่ขอส่งตัวแทนผู้ร่วมประชุม ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ลงชื่อ Wu

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันที่ ๒๙ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
หรือตอบกลับผ่าน QR Code ด้านล่างนี้

