

ส่วนที่ ๓: แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการ
ดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..... 9 เดือน โครงการ ขีตวิธการของอสม.

๑. ผลการดำเนินงาน
..... อสม. ได้มี 10 pm / 16 มอช 2 กิจการ เบิก ๑๗ ๑๗๖๓๖๐.

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม — คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	9975	บาท	
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	9975	บาท	คิดเป็นร้อยละ 100
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ	—	บาท	คิดเป็นร้อยละ —

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

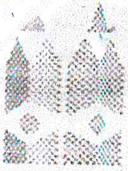
แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อ..... ผู้รายงาน

(267 งคสมท เพชรราชฯ

ตำแหน่ง ๒๖. ๑๑๔ อสม. ๒. ๔

วันที่-เดือน-พ.ศ. 26 ๓๐ ๖5



NAYONG
SUPPLY

ร้าน นાયองซัพพลาย

40 หมู่ที่ 1 อ.เทศบาล 1 ต.นาโง่งเหนือ อ.นาโง่ง จ.ตรัง

โทร./Fax 075-299819 , 075-290640 E-mail nayongsupply@hotmail.com

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3920100043204

ใบเสร็จรับเงิน

ชื่อลูกค้า : ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ 4
ที่อยู่ : ตำบล นาหมื่นศรี อําเภอนาโง่ง จังหวัดตรัง

เลขที่ RE650824-003
วันที่ 24 ส.ค. 2565

ลำดับที่	รหัสสินค้า	รายละเอียดสินค้า	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน	
1		แท็บเล็ตเอกสารคัดกรองโรค	27	เพิ่ม 55.00	1,485.00	
หนึ่งพันสี่ร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน					รวมเป็นเงิน	1,485.00
					ส่วนลด	
					จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	1,485.00

การชำระเงินด้วยเช็คจะสมบูรณ์เมื่อร้าน นાયองซัพพลาย ได้รับเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว


เงินสด _____

เช็คธนาคาร _____ เลขที่ _____ ลงวันที่ ____/____/____ จำนวนเงิน _____

ในนาม ร้าน นાયองซัพพลาย

ผู้รับเงินเช็ค วิสา วันที่ 24/8/65 ผู้รับมอบอำนาจ _____

สำเนาถูกต้อง


(นางวอน วรรณ)

