

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตตำบลมดขุมมาตร ปี ๒๕๖๕
อำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส

๑. ผลการดำเนินงาน

๑.๑ สุ่มสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านพร้อมให้คำแนะนำการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน

๑.๒ ประชาสัมพันธ์การป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้รถประชาสัมพันธ์

๑.๓ พันหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ในชุมชน

จากการดำเนินงานพันหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ในชุมชน มีความครอบคลุมคิดเป็นร้อยละ ๙๙.๖๑ ของหลังคาเรือนทั้งหมดในพื้นที่ ซึ่งการดำเนินงานไม่สามารถทำได้ ร้อยละ ๑๐๐ เนื่องจากว่าเจ้าของบ้านบางรายไม่ให้ความร่วมมือในการพันหมอกควันข้างในบ้านเพราะเกรงว่าหมอกควันเป็นสารพิษอันตรายต่อสัตว์เลี้ยง แม้ว่าได้รับคำแนะนำแล้วก็ตาม

การพันหมอกควันตามสถานที่ต่างๆ

- จำนวนโรงเรียนทั้งหมด ๓ โรงเรียน พันหมอกควัน ๓ โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
- จำนวนมัสยิดทั้งหมด ๗ แห่ง พันหมอกควัน ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
- จำนวนโรงเรียนตาดีกาทั้งหมด ๖ โรงเรียน พันหมอกควัน ๖ โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
- จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด ๔ ศูนย์ พันหมอกควัน ๔ ศูนย์ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
- จำนวนสถานที่ราชการทั้งหมด ๓ แห่ง พันหมอกควัน ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

(/) บรรลุตามวัตถุประสงค์

() ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์

เพราะ.....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- หมู่บ้านในเขตตำบลมดขุมมาตร จำนวน ๖ หมู่บ้าน
- โรงเรียน จำนวน ๓ แห่ง
- สถานที่ราชการ จำนวน ๓ แห่ง

๑. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๔๑,๙๔๐.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง..... ๔๑,๙๔๐...บาท คิดเป็นร้อยละ.....๑๐๐.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....

๒. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

(/) ไม่มี

() มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

ลงชื่อ.....*Pot*.....ผู้รายงาน

(.....นางรุษยานี คอสะ.....)

ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

วันที่-เดือน-พ.ศ....๑๐ กันยายน.....พ.ศ.๒๕๖๕.....