



กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลทรายขาว  
แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการ

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
(สำหรับผู้เสนอโครงการ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อโครงการ ทรายขาวปลอดภัย ห่างไกลโควิด-๑๙

๑. วัตถุประสงค์

๑.๑ เพื่อจัดหา/เตรียมชุดตรวจคัดกรองโรคโควิด - ๑๙ ไว้ในการตรวจคัดกรองเชิงรุก หากมีกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ  
เพิ่มในอนาคต

๑.๒ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

๑.๓ เพื่อลดอัตราการผู้ติดเชื้อโควิด - ๑๙ ในพื้นที่ตำบลทรายขาว

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ มีความพร้อมด้านชุดอุปกรณ์การตรวจคัดกรองโรคโควิด - ๑๙ สำหรับการลงพื้นที่ตรวจเชิงรุก  
ในอนาคตหากมีกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อเพิ่ม

๒.๒ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโควิด - ๑๙ ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลทรายขาวและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่  
ตำบลทรายขาว ได้รับการคัดกรองโรคโควิด - ๑๙ ด้วยชุดตรวจ AntigenTestKit (ATK)

๒.๓ เพื่อลดอัตราการแพร่ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ในพื้นที่ตำบลทรายขาว

๓. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ .....

๔. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๕๙,๒๘๓ บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๕๙,๒๘๓ บาท

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ๐ บาท

คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

คิดเป็นร้อยละ ๐



รายละเอียดการใช้งบประมาณ

- ค่าป้ายไว้นิลโครงการ ขนาด ๑.๒ x ๒.๔ เมตร	เป็นเงิน ๔๕๐ บาท
- ค่าป้ายไว้นิลสุศึกษา ๒.๔ x ๒.๔ เมตร ป้ายละ ๘๖๔ บาท x ๖ ผืน	เป็นเงิน ๖,๐๔๘ บาท
- ค่าหน้ากากอนามัยจำนวน ๓ กล่องๆละ ๑๒๐ บาท	เป็นเงิน ๓๖๐ บาท
- ถุงมือยางป้องกันเชื้อโรค จำนวน ๓ กล่องๆละ ๒๕๐ บาท	เป็นเงิน ๗๕๐ บาท
- ค่าชุดเอี๊ยมพลาสติก จำนวน ๑๕๐ ชุด ชุดละ ๓๕ บาท	เป็นเงิน ๕,๒๕๐ บาท
- ค่าหมวกคลุมผมอนามัย จำนวน ๑๕๐ ชิ้นๆละ ๒.๕๐ บาท	เป็นเงิน ๓๗๕ บาท
- ค่าถุงคลุมเท้าแบบยาว จำนวน ๑๕๐ คู่ๆละ ๒๕ บาท	เป็นเงิน ๓,๗๕๐ บาท
- เครื่องพ่นยาฆ่าเชื้อ ๑ เครื่อง (๒ ระบบ)	เป็นเงิน ๒,๓๐๐ บาท
- ชุดตรวจ ATK จำนวน ๔๐๐ ชุดๆละ ๘๕ บาท	เป็นเงิน ๓๔,๐๐๐ บาท
- น้ำยาฆ่าเชื้อ ๓ ขวดๆละ ๑,๘๐๐ บาท	เป็นเงิน ๕,๔๐๐ บาท
- แอลกอฮอล์น้ำ ๑ แกลลอน (ขนาด ๕ ลิตร)	เป็นเงิน ๖๐๐ บาท
รวมทั้งสิ้น ๕๙,๒๘๓ บาท	(ห้าหมื่นเก้าพันสองร้อยแปดสิบสามบาท)

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

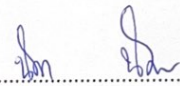
- ไม่มี
- มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

.....

ลงชื่อ .....  ..... ผู้รายงาน

(นางสาวนัสรียะ นิเต็ม)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....