

รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอ

โครงการ วิจัยสุขภาพ 195 หมู่ 3 ตำบลปะเสยะวอ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

รายงาน ณ วันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

๑. หน่วยงานที่ขอรับเงินอุดหนุน อบ.จ. ปะเสยะวอ

๒. งบประมาณ

๒.๑ งบประมาณของโครงการที่ได้รับเงินอุดหนุน 12200 บาท

๒.๒ งบประมาณที่ได้ใช้ไปในการดำเนินโครงการ 12200 บาท

๒.๓ งบประมาณคงเหลือ ..... บาท (ถ้ามี)

๓. ผลการดำเนินงาน

๓.๑ ผู้ได้รับเงินอุดหนุนขอรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ตามบันทึกข้อตกลงการรับเงินอุดหนุน  
เลขที่ 19 / 2565 วันที่ 27 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ได้ดำเนินการตาม  
วัตถุประสงค์ของโครงการ เมื่อวันที่ ๓๐ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว  
แล้ว เมื่อวันที่ ๓๐ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

๓.๒ ผู้ได้รับเงินอุดหนุนขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่น จำนวน.....ฉบับ  
จำนวนเงิน.....บาท (.....) ของการดำเนินการ  
ตามโครงการที่ได้รับเงินอุดหนุนมาพร้อมหนังสือนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

๓.๓ ผู้ได้รับเงินอุดหนุนขอส่งเงินงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน.....บาท  
คืนมาพร้อมหนังสือนี้

๓.๔ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตองค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นที่ขอรับเงินอุดหนุนอย่างไร)

อบ.จ. ปะเสยะวอ / 195 หมู่ 3 ตำบลปะเสยะวอ เพื่อ หมู่ ๓ ตำบลปะเสยะวอ / 195 หมู่ 3 ตำบลปะเสยะวอ

อบ.จ. ปะเสยะวอ เพื่อ อบ.จ. ปะเสยะวอ / 195 หมู่ 3 ตำบลปะเสยะวอ

อบ.จ. ปะเสยะวอ / 195 หมู่ 3 ตำบลปะเสยะวอ / 195 หมู่ 3 ตำบลปะเสยะวอ / 195 หมู่ 3 ตำบลปะเสยะวอ

๔. ผู้ได้รับเงินอุดหนุนไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก.....  
จึงขอส่งเงินคืน จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... [Signature] .....ผู้รายงาน (ผู้ได้รับเงินอุดหนุน)

(นางสาวระวี ใจดี / นางสาวระวี ใจดี)

ตำแหน่ง ประธาน / อบ.จ.