

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุน จาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ

(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....เด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดแจ้ง ฟันสวย

### ๑. ผลการดำเนินงาน

๑.๑ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กในศพด.มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องปากเด็กที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยมีเป้าหมาย  
๒๐ คน พบว่าผลการสรุปแบบทดสอบก่อนอบรมด้านทันตสุขภาพ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กมีคะแนนผ่านเกณฑ์  
(๙ คะแนน) จำนวน ๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๕ และหลังอบรมด้านทันตสุขภาพ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กมีคะแนน  
ผ่านเกณฑ์ (๙ คะแนน) จำนวน ๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๕

๑.๒ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก เป้าหมาย ๒๐ คน ได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟันของเด็กที่ถูกต้อง จำนวน  
๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๑.๓ ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน ๓ ชั่วโมง ชั่วโมงละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๘๐๐ บาท

๑.๔ ค่าชุดแปรงฟันเด็กประกอบการฝึกปฏิบัติจำนวน ๒๐ ชุดๆละ ๖๐ บาท เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

๑.๕ แก้วน้ำสแตนเลส สำหรับแปรงฟัน จำนวน ๒๐ ใบๆละ ๑๓๐ บาท เป็นเงิน ๒,๖๐๐ บาท

๑.๖ โมเดลสาธิตแปรงฟันขนาด๑๒x๑๐x๘cmจำนวน ๑ ชุดๆละ ๑,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๐๐๐ บาท

๑.๗ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๔๒ คนๆละ ๓๐ บาท ๑ มื้อ เป็นเงิน ๑,๒๖๐ บาท

๑.๘ ค่าวัสดุอุปกรณ์ เป็นเงิน ๑,๐๒๐ บาท

๑.๙ ทิชชูเปียกฆ่าเชื้อ จำนวน ๒ กระป๋องๆละ ๕๕๐ บาท เป็นเงิน ๑,๑๐๐ บาท

### ๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....๔๒.....คน

### ๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๙,๙๘๐.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง.....๙,๙๘๐.....บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ.....๐.....บาท คิดเป็นร้อยละ .....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

.....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

.....

.....

ลงชื่อ..... *วิรัตน์* .....ผู้รายงาน

(.....นายวิรัตน์ แก้วลาย.....)

ตำแหน่ง ..ประธานชมรม อสม. ตำบลบางรัก

วันที่-เดือน-พ.ศ.....