

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการ
ดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

โครงการขลิบหนังหุ้มอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนมุสลิมตำบลสาบัน ปี ๒๕๖๕

๑. ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาบัน ได้จัดกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มอวัยวะเพศชายใน
เด็กและเยาวชนมุสลิมตำบลสาบัน ปี ๒๕๖๕ ขึ้นในวัน ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ระหว่างเวลา ๐๘.๓๐ น.ถึงเวลา
๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาบัน หมู่ที่ ๓ ตำบลสาบัน อำเภอยะหริ่ง จังหวัด
ปัตตานี โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

- ๑. กิจกรรมบรรยายความรู้ในการเข้าสู่ניתนมุและ การดูแลสุขภาพ (การป้องกันโรคติดต่อ)
- ๒. กิจกรรมเข้าสู่ניתนมุ (ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Circumcision))
- ๓. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็ก ติดตามและ
ประเมินอาการหลังทำคีตัน

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ๕๐ คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	๔๑,๐๕๐ บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	๔๑,๐๕๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ	- บาท คิดเป็นร้อยละ ๐

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี


ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

.....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

.....
.....
.....

ลงชื่อ  ผู้รายงาน
(นางสาวซาร์วาทลอาห์ลัม สุหลง)

ตำแหน่ง ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลสาบัน
วันที่-เดือน-พ.ศ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

ใบสำคัญรับเงิน

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลสาบ้น
ตำบลสาบ้น อำเภอยะหริ่ง
จังหวัดปัตตานี ๙๔๑๕๐

วันที่ ๓ เดือน พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ข้าพเจ้า นายแวงสะอูดี เบ็ญฮาวัน บ้านเลขที่ ๒๐๒ หมู่ที่ ๑ ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ได้รับเงินจาก ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลสาบ้น อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
	บาท	สต.	
โครงการขลิบหนังหุ้มอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนมุสลิม ตำบลสาบ้น ปีงบประมาณ ๒๕๖๕			
- ค่าสมนาคุณวิทยากร จำนวน ๖๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง เป็นเงิน	๑,๘๐๐	๐๐	
รวมเป็นเงินทั้งหมด (เงินหนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน)	๑,๘๐๐	๐๐	

(ลงชื่อ)

ผู้รับเงิน

(นายแวงสะอูดี เบ็ญฮาวัน)

(ลงชื่อ)

ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวชาร์วาทุลอห์ลัม สุหลง)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 9409 00119 62 1
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย แวสะอติ เจริญฮาวัน
Name Mr. Waesaudee
Last name Benhawan
เกิดวันที่ 25 พ.ย. 2518
Date of Birth 25 Nov. 1975


ศาสนา อิสลาม
ที่อยู่ 202 หมู่ที่ 1 ต.ยามู อ.ยะหริ่ง
จ.ปัตตานี

30 พ.ค. 2566
วันออกบัตร
30 May 2023
Date of Issue

(นายแมนพจน์ พนมพันธ์)
เจ้าพนักงานออกบัตร

24 พ.ย. 2574
วันหมดอายุ
24 Nov. 2031
Date of Expiry

9409-04-05300942



ดูใบออกบัตร

← ลงหวด:051

ไปท.ทว.น.)

ใบสำคัญรับเงิน

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลสาบัน
ตำบลสาบัน อำเภอยะหริ่ง
จังหวัดปัตตานี ๙๔๑๕๐

วันที่ ๓ เดือน พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๖

ข้าพเจ้า นางยาวาเฮ สะอะ บ้านเลขที่ ๓๐ หมู่ที่ ๑ ตำบลสาบัน อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ได้รับเงินจาก ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลสาบัน อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
	บาท	สต.	
โครงการขลิบหนังหุ้มอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนมุสลิม ตำบลสาบัน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕			
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๑ มื้อ มื้อละ ๕๐ บาท จำนวน ๕๐ คน เป็นเงิน	๒,๕๐๐	๐๐	
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑ มื้อ มื้อละ ๒๕ บาท จำนวน ๕๐ คน เป็นเงิน	๒,๕๐๐	๐๐	
รวมเป็นเงินทั้งหมด (เงินห้าพันบาทถ้วน)	๕,๐๐๐	๐๐	

(ลงชื่อ) ซาทศ ผู้รับเงิน
(นางยาวาเฮ สะอะ)
ผู้รับจ้าง

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น] ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวซาร์วาตุลอาห์ลิ้ม สุหลง)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 3 9409 00325 09 3
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล **นาง ยาวาเย สะอะ**
 Name **Mrs. Yawa-hea**
 Last name **Sa-a**

เกิดวันที่ **5 ส.ค. 2516**
 Date of Birth **5 Aug. 1973**

ศาสนา **อิสลาม**



ที่อยู่ **30 หมู่ที่ 1 ต.สามัคคี อ.ยะรัง**
 จ.ปัตตานี
 19 ส.ค. 2564
 วันออกบัตร (นายธนพล วงษ์ชนะ)
 19 Aug. 2021 **เลขาธิการราษฎร**

4 ส.ค. 2573
 วันหมดอายุ
 4 Aug. 2030
 Date of Expiry


 9409-03-06191430

สำเนาถูกต้อง
 จาก
 (นางสาวมาเช ส.อ.)

BORA-10.8-05-2563



 ME3-1481526-97

ประเทศไทย
 THAILAND

ใบลงทะเบียน

โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนมุสลิม ปี ๒๕๖๕

วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสถาบัน อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
1	ด.ช. มุฮัมหมัดอิมรอน ลีเด: นาง สาละฮะ: ดะนี	114/3	อิมรอน สาละฮะ	
2	ด.ช. อาลีฟ มะลึ: น.ส. โอนี อาหมะดี	27 ม.1	อาลีฟ โอนี	
3	ด.ช. อาณาวิน วิธา นางสาว กาลีม่า นากา	112 ม.1	อาณาวิน กาลีม่า	
4	ด.ช. มุฮัมหมัดไฟศลุล ยิว: นาย กัญชกร หิรัญนารักษ์	8/1 ม.5	ไฟศลุล กัญชกร	
5	ด.ช. มุฮัมหมัดอาทีฟ ม.ค: น.ส. หูรัต ดี้/ค	14/1 ม.1	มุฮัมหมัดอาทีฟ หูรัต	
6	ด.ช. อาตีฟอน อายี น.ส. อาลีมา: 17:ทอง	8 ม.1	อาตีฟอน อาลีมา:	
7	ด.ช. วันฟูซ บิดราริง น.ส. กาลีนี ฮาม:	18 ม.1	วันฟูซ กาลีนี	
8	ด.ช. อาวิน เบ:แข นาง ฮาลียะ: เบ:แข	31 ม.1	อาวิน ฮาลียะ:	
9	ด.ช. หังตาน เบ:แข น.ส. คอดีเย: ฮาม:	6/1 ม.1 27	หังตาน คอดีเย	
10	ด.ช. มุฮัมหมัดอาซาล โทะ: นางสาว สุไลมาน: เบ:แข	27/1 ม.2	มุฮัมหมัดอาซาล สุไลมาน:	
11	ด.ช. บคควรี เบ:แข นาง ซาการียา เบ:แข	51/2 ม.3	บคควรี ซาการียา	
12	ด.ช. มอมีน เค็:เค็: อาโรฮอนี	111/1 ม.5	มอมีน อาโรฮอนี	
13	ด.ช. มุฮัมหมัดฟาริดา ส:หม. มูฮัมหมัด มานะ	296	มุฮัมหมัดฟาริดา มูฮัมหมัด	
14	ด.ช. อิมฮาลีม เบ:แข อิมดอลดอล เบ:แข	4/2 ม.1	อิมฮาลีม อิมดอล	
15	ด.ช. อาฮัน เบ:แข อาซัย: คาน:	68 ม.2	อาฮัน อาซัย:	

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
16	ดร. ชพิชญ์ดี เกียรติ 11/สมอ ๗๗/ต.๖	47 ม.3	ชพิชญ์ดี 11/สมอ	
17	ดร. มุขมนตรี หนองบัว ป.ล.ค.ค. ม:11๗	4/2	เนหา ป.ล.ค.ค.	
18	ดร. มุขมนตรี สุนทรวิ อ.ป.50/๕๖ อ.ป.๖	122. ม.5	มุขมนตรี อ.ป.๕๐/๕๖	
19	ดร. ศิพจน์ ชาติ ขุนพันธ์ ชาติ	18/2 ม.3	ศิพจน์ ชาติ	
20	ดร. ศิพจน์ ชาติ ม.๖๑๑๑	105/1 ม.5	ศิพจน์ ชาติ	
21	ดร. ศิพจน์ ชาติ ศิพจน์ ชาติ	26/1 ม.9	ศิพจน์ ชาติ	
22	ดร. ศิพจน์ ชาติ ป.๖๑๑๑	26 ม.1	ศิพจน์ ชาติ	
23	ดร. ศิพจน์ ชาติ ศิพจน์ ชาติ	112 ม.5	ศิพจน์ ชาติ	
24	ดร. ศิพจน์ ชาติ ม.๖. ๕๐/๕๖ อ.ป.๖	๑๒. ม.1	ศิพจน์ ชาติ	
25	ดร. ศิพจน์ ชาติ ม.๖. ๕๐/๕๖ อ.ป.๖	๑๕๔๙ ม.4	ศิพจน์ ชาติ	

ร้านเป่าจี้ การค้า

18/3 ม.1 ต.ปลาทอง อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี 94150
โทร : 089-0549408 , 063-1932609

ใบเสร็จรับเงิน

ทะเบียนการค้า 940646000 0011
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1 9409 00162 32 5
เล่มที่ เลขที่ 50
วันที่ 1 พ.ค. 66

นามลูกค้า..... กน.ศ.สต.สต.สต.
ที่อยู่..... ม. 3 อ. ยะหริ่ง อ. ยะหริ่ง จ. ปัตตานี

จำนวน Quantity	รายการ Particulars	หน่วย Unit	จำนวนเงิน Amount	
			บาท Baht	สต.ต. stg.
25 ชิ้น	ผักหวาน	150	3,750	-
		รวมเงิน	3,750	-

ผู้รับเงิน
Received By
ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ

ใบลงทะเบียน

โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนมุสลิม ปี ๒๕๖๕

วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสถาบัน อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
1	ด.ช. มุฮัมหมัดอิมรอน เณร	114/3 ม.5	อิมรอน	
2	ด.ช. อาลีฟ มะลิ	27 ม.1	อาลีฟ	
3	ด.ช. อานาวิน วิษา	4 ม.1	อานาวิน	
4	ด.ช. อานิส ชาโกะ	112 ม.5	อานิส	
5	ด.ช. ไชฟุดดีน ฮามิ	13 ม.3	ไชฟุดดีน	
6	ด.ช. คริสร์นาร์ สะนิ	12 ม.1	คริสร์นาร์	
7	ด.ช. อานิส เจาะกา	26 ม.1	อานิส	
8	ด.ช. อัสหมอี่ สาลิมะ	26 ม.1	อัสหมอี่	
9	ด.ช. มุฮัมหมัดไฟดุล ยูโซะ	4/1 ม.5	ไฟดุล	
10	ด.ช. มุฮัมหมัดอาตีฟ มุแนะ	14/1 ม.1	มุฮัมหมัดอาตีฟ	
11	ด.ช. อาตีฟีน อาลี	4 ม.1	อาตีฟีน	
12	ด.ช. อินไฟซ นือฮาเฮง	18 ม.1	อินไฟซ	
13	ด.ช. อาลีฟ เจาะแม	31 ม.1	อาลีฟ	
14	ด.ช. หุัยตาน เจาะแม	6/1 ม.1	หุัยตาน	
15	ด.ช. มุฮัมหมัดซาดิก โมเตกู	27/1 ม.2	มุฮัมหมัดซาดิก	
16	ด.ช. นคอรี เจาะแม	51/2 ม.3	นคอรี	
17	ด.ช. อามีน อานู	9449 ม.4	อามีน	
18	ด.ช. ซฟิวดีน กาทร์	17 ม.3	ซฟิวดีน	
19	ด.ช. มุฮัมหมัดเฟห์ล สาลิมะ	1/2 ม.6	เฟห์ล	
20	ด.ช. มุฮัมหมัดสกี เจาะแม	122 ม.5	มุฮัมหมัดสกี	
21	ด.ช. นีฟอัน ฉาเตา	18/1 ม.3	นีฟอัน	
22	ด.ช. อับดุลฮาดีม ฉาแม	105/1 ม.5	ฮากีม	
23	ด.ช. มอมีน เจาะแม	111/1 ม.5	มอมีน	
24	ด.ช. มุฮัมหมัดฟารุส สาลิมะ	296 ม.2	มุฮัมหมัดฟารุส	
25	ด.ช. อิบราฮีม เจาะแม	18/9 ม.1	อิบราฮีม	

อิน- กิ๊ป โฉนด
22/6 น. 1 อ. ท. ล. ก. น. ก.
๓. อ. น. ก. = ๕. ๑. ๖. ๗. ๘. ๙. ๑๐.
เลขที่: ร. ๖. ๗. ๘. ๙. ๑๐. ๑๑. ๑๒.

บิลเงินสด CASH SALES

เล่มที่ BOOK NO. ๒
เลขที่ BILL NO. ๒๒
วันที่ DATE: ๕ / ๖. ๗. / ๒๕๖๖

นามลูกค้า
CUSTOMER: ม. อ. ก. ค. ย. น.
ที่อยู่ ADDRESS: ม. ๓. อ. น. ก. ๑. ๒. ๓. ๔. ๕. ๖. ๗. ๘. ๙. ๑๐. ๑๑. ๑๒.

เลขประจำตัวประชาชน / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT	
			บาท/Baht	ส.ต./Stg.
1	โฉนดที่ดิน ๖๐๐ ตารางวา เลขที่: ร. ๖. ๗. ๘. ๙. ๑๐. ๑๑. ๑๒. ปี ๒๕๖๕	500	500	
รวมเงิน TOTAL =			500	

ผู้รับเงิน RECEIVED BY: ขอบริจาคด้วยความขอบคุณ
Elephant Brand



สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข

สำนักงานเลขที่ ๑๑๐/๖ ถนนสีโรรส ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐ โทร ๐๗๓๒๑๔๑๔๔

สจส.ที่ ๕๕ /๒๕๖๕

๑๕ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายเยาชนมุสลิม เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือท้องถิ่น

เรียน นายกเทศมนตรีและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๒ สงขลา ที่ สปสช.๕.๓๓./ว ๖๙ ลงวันที่
๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๒ สงขลา จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน
และบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการ
จัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือหน่วยงานอื่น พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา มีความเป็นบริบทเฉพาะที่ต่างจากพื้นที่ทั่วไป ในด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อทาง
ศาสนา ทั้งนี้ในเรื่องการดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชนมุสลิม ดังมีตัวอย่างโครงการ "โครงการขลิบหนังหุ้ม
ปลายอวัยวะเพศชายในเยาชนมุสลิม" สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา ได้แจ้งแนวทาง
โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย เมื่อปี ๒๕๕๙ เพื่อให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการ
ดังกล่าว ค่าใช้จ่าย จำนวน ๘๐๐ บาท/คน รายละเอียดตามหนังสือแจ้งเวียนไปยังหน่วยงานแล้ว นั้น

ในการนี้ สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข ขอแจ้งมายังท่านให้ทราบว่า
ในปี ๒๕๖๕ ทางสมาคม ฯ ยังคงให้การสนับสนุน "โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาชน
มุสลิม" โดยทีมแพทย์พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์
พร้อมให้บริการ ขอแจ้งปรับค่าใช้จ่ายจากจำนวน ๘๐๐ บาท/คน เมื่อปี ๒๕๕๙ เป็นค่าใช้จ่ายปัจจุบัน
ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๒๐๐ บาท / คน เพื่อการดำเนินโครงการดังกล่าว เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
ตามหลักเกณฑ์/แนวทางที่เกี่ยวข้อง และเป็นการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่อย่างแท้จริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์มุฮัมมัด ละไบจิ)

นายกสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข

ผู้ประสานงานโครงการ

นายอุสรัน ตาเยะ ๐๘-๖๔๙๐-๗๘๗๙

๗
สุโหมี เจ๊ะคาอะ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส



สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และการสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
110/6 ถนนลิโรธ ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 09930 00065 14 0

ใบเสนอราคา
QUOTATION

ชื่อลูกค้า :		วันที่ :		
ที่อยู่ :		เลขที่ :		
โทรศัพท์ : -				
รหัสสินค้า CODE	รายการ DESCRIPTION	จำนวน Qty	ราคา/หน่วย Price/Unit	ราคารวม AMOUNT(BAHT)
	ทำขลิบในเด็กเยาวชน (ผ่าตัดหนังหุ้มปลาย อวัยวะเพศชาย) - ค่าหัตถการทางการแพทย์และวัสดุการแพทย์	คน		
		เป็นเงิน		-
เงื่อนไข :-				
1. กำหนดการชำระเงิน (Payment Turm) : ตามเงื่อนไขราชการ				
3. กำหนดค้ำประกันราคา (Validity) : 60 วัน				
ผู้เสนอราคา..... (นายสุโฮมมี เจ๊ะคาโอะ)				



สมาคมจันทรเสียวการแพทย์และสาธารณสุข

รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่าย ผ่าตัดคีตัน/1 คน			
ลำดับ	รายการ	ราคา(บาท)	หมายเหตุ
1	ค้ำยาชา	100	
2	ค้ำถุงมือ Sterile	30	
3	ค้ำเข็ม Syring	20	
4	ค้ำไหมละลาย	200	
5	ค้ำ Set Sterile	40	
6	ค้ำ Betadine 30 cc	25	
7	ค้ำ Elastix	25	
8	ค้ำ Bactigras	25	
9	ค้ำ Gauze 2 ซอง	25	
10	ค้ำใบมีด	10	
11	ค้ำยา	100	
12	ค้ำหัตถการ	600	
รวม		1,200	

๗
สุโฮมี เจ๊ะคาโอะ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส



หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง มอบอำนาจในการดำเนินกิจกรรมขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม

เขียนที่..สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข
ที่อยู่ 110/6 ถนนสีโรรส ตำบลสะเตง
อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา 95000

วันที่ 1 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ...นายแพทย์กีफलัน ดอเลาะ.....อายุ.....32.....ปี เชื้อชาติ.....ไทย.....
สัญชาติ... ไทย.....อยู่บ้านเลขที่.....78/3..หมู่.....2... ตำบล...บาโงยซีแน... เขต/อำเภอ...ยะหา..... จังหวัด...ยะลา.....
เบอร์โทรศัพท์.....0836547989.....

ได้มอบอำนาจให้...นายสุโฮมี เจ๊ะดาโอะ...อายุ.....45.....ปี เชื้อชาติ.....ไทย.....สัญชาติ...ไทย.....
อยู่บ้านเลขที่.....143/6.....หมู่.....4.....แขวง/ตำบล.....โคกโพธิ์.....เขต/อำเภอ โคกโพธิ์.....
จังหวัด...ปัตตานี..... เบอร์โทรศัพท์.....086-2983480.....

เป็นผู้มีอำนาจในการดำเนินงานกิจกรรมขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชนมุสลิม ตามโครงการอบรมการ
ดูแลสุขภาพและขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชน ดังนี้

1. ลงนามในใบเสนอราคา
2. ลงนามในใบสั่งจ้าง
3. เป็นผู้รับเงินตลอดแล้วเสร็จในการดำเนินโครงการฯ

และนำเข้าบัญชีเงินรับฝาก/เช็ค แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำ
ไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์
ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจพร้อมลงลายมือชื่อ

ลงชื่อ

(.....นายแพทย์กีफलัน ดอเลาะ.....)

ผู้มอบอำนาจ

ลงชื่อ

(.....นายสุโฮมี เจ๊ะดาโอะ.....)

ผู้รับมอบอำนาจ

ใบอนุญาตที่ ๔๙๔๑๔



อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพแพทยการุณ พ.ศ. ๒๕๒๔

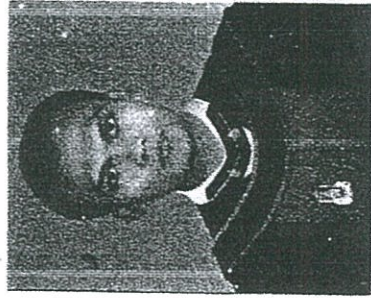
แพทยสภา

ฮอกไกโดใบอนุญาตแพทยการุณ

นายแพทย์กัปสัน ตอละอะ อายุ ๒๔ ปี

ซึ่งได้ขออนุญาตประกอบวิชาชีพแพทยการุณแล้ว และมีสิทธิประกอบวิชาชีพแพทยการุณ
ภายใต้บทบังคับแห่งกฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภา

ฮอกไกโด วันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๖



Ran-hinon

นายกแพทยสภา

Signature

เลขาธิการแพทยสภา

Signature

ประมวลภาพกิจกรรมการดำเนินโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนมุสลิม ปี ๒๕๖๕



