แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

|  |  |
| --- | --- |
| รหัสโครงการ |  |
| ชื่อโครงการ | โครงการเจาะเลือดหาสารเคมีตกค้างในเกษตรกร  |
| ชื่อกองทุน | กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลตำนาน |
|  | □สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10(1)]□สนับสนุนการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ10(2)]□สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ10 (3)]□สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]□สนับสนุนกรณีโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10(5)] |
| หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ | □หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.□หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล□หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.□หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษา□กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ 5 คน |
| ชื่อองค์กร/กลุ่มคน (5 คน) | ชื่อองค์กร.......ชมรมอสม รพ.สต.บ้านทุ่งลาน.................กลุ่มคน (ระบุ 5 คน)1.นางบุญศรี สุขรัตน์2.นางนันทิภา หนูอักษร3.นางหนูคลี่ จันทร์อินทร์4.นางสุนิสา หอยมณี5.นางถาวร หมุนจำนงค์ |
| วันอนุมัติ |  |
| ระยะเวลาดำเนินโครงการ | ตั้งแต่ วันที่....1....เดือน......มีนาคม................พ.ศ.......2567.....ถึง วันที่...30.....เดือน......มิถุนายน...........พ.ศ......2567...... |
| งบประมาณ | จำนวน....25,250.......บาท |
|  **หลักการและเหตุผล** สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สามารถทำอันตรายต่อสุขภาพร่างกายได้ทั้งมนุษย์และสัตว์ คือจะไปทำลาย อวัยวะภายในร่างกาย เช่น ตับ ไต ปอด สมอง ผิวหนัง ระบบประสาท ระบบสืบพันธุ์และตา ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับว่า เราจะรับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายทางใด และปริมาณมากน้อยเท่าใด ส่วนใหญ่แล้วการที่อวัยวะภายในร่างกายได้ สะสมสารเคมีไว้จนถึงขีดที่ร่างกายไม่อาจทนได้ จึงแสดงอาการต่างๆขึ้นมา เช่น โรคมะเร็ง โรคต่อมไร้ท่อ โรคเลือดและระบบภูมิคุ้มกันเป็นต้น ประชาชนส่วนใหญ่ในเขตพื้นที่ตำบลตำนาน ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมโดยมีพื้นที่ที่ใช้ในการเกษตรมากถึงร้อยละ 80 ของพื้นที่ทั้งหมด ผลกระทบจากการใช้สารเคมีในการควบคุมและกำจัดศัตรูพืชจึงกระจายและขยายเป็นวงกว้าง และยังอยู่ในระดับที่รุนแรงและสูงอยู่ ชมรม อสม.รพ.สต.บ้านทุ่งลาน จึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้นเพื่อให้เกษตรกรได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อดูว่ามีปริมาณสารเคมีตกค้างในเลือดอยู่ในระดับใดเพื่อเฝ้าระวังต่อไป |
| **วิธีการดำเนินงาน** 1.ประชุมชี้แจงโครงการ แนวทางการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ 2.ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3.จัดทำแผนงานโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุน จากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลตำนาน4.เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ในการตรวจเลือด โดยใช้กระดาษทดสอบเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส5.จัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแก่เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงที่ใช้สารเคมีจำจัดศัตรูพืช 6.ดำเนินการตรวจหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในกลกุ่มเกษตรกร7.จัดบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพให้แก่เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงและตรวจซ้ำ 8.ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงผลการดำเนินงาน พร้อมรายงานผลโครงการ |
|  **ผลที่คาดว่าจะได้รับ**1.ทราบถึงสถานการณ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในเลือดของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบ2.ประชาชนที่มีระดับสารเคมีในเลือดไม่ปลอดภัยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีผลการตรวจซ้ำในระดับเกณฑ์ปกติและปลอดภัยเพิ่มขึ้น |
| เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ | ตัวชี้วัด |
| 1.เพื่อค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากการประกอบอาชีพเกษตรกรในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช | เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจเลือดหาสารเคมีตกค้างร้อยละ 80 |
| 2. เพื่อแก้ไขปัญหาผู้บริโภคมีสารเคมีทางการเกษตรตกค้างในกระแสเลือดระดับอันตราย | จำนวนผู้บริโภคที่มีสารเคมีทางการเกษตรตกค้างในกระแสเลือดระดับอันตรายร้อยละ 80 |
| ชนิดกิจกรรม | งบประมาณ | ระบุวัน/ช่วงเวลา |
| กิจกรรมที่ 1-.อบรมให้ความรู้ | -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 200 คน ๆละ 2 มื้อ ๆละ 25 บาท เป็นเงิน10,000 บาท -ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 200 คน ๆละ 1 มื้อ ๆละ 50 บาท เป็นเงิน 10,000 บาท รวมเป็นเงิน 20,000 บาท | 1 มีนาคม 2567 -30 มิถุนายน 2567 |
| กิจกรรมที่ 2-เจาะเลือดหาสารเคมีตกค้างในเลือด | - ค่าเข็มเจาะเลือด จำนวน 3 กล่อง ๆ ละ100 อันราคากล่องละ 600 บาท เป็นเงิน 1,800 บาท- ค่ากระดาษทดสอบเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสจำนวน 3 กล่องๆ ละ 100 ชิ้น ราคากล่องละ 1,000 บาท เป็นเงิน 3,000 บาท-ค่าหลอดใส่เลือด จำนวน 3 กล่องๆ ละ 100 อัน ราคากล่องละ 150 บาท เป็นเงิน 450 บาทรวมเป็นเงิน 5,250 บาท | 1 มีนาคม 2567 -30 มิถุนายน 2567 |
|  | **รวม 25,250 บาท** |  |

**7.**สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

7.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.2561 ข้อ 10)

 ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ชมรมอสม. รพ.สต.บ้านทุ่งลาน

 🗆 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 🗆 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 🗆 7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 🗆 7.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 🗆 7.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.2561 ข้อ 10)**

 🗆 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

 🗆 7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น

 [ข้อ10 (2)]

 🗆 7.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 10 (3)]

 🗆 7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ10 (4)]

 🗆 7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ10 (5)]

**7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ**

**พ.ศ.๒๕๕๗ )**

 🗆 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 🗆 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 🗆 7.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 🗆 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

 🗆 7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 🗆 7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 🗆 7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 🗆 7.๓.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 🗆 7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุน [ข้อ 10 (4)]

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🗆 **7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

 🗆 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🗆 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🗆 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 🗆 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🗆 7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 🗆 7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 🗆 7.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🗆 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ)…………………………………………………………………………………

 🗆 **7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

 🗆 7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🗆 7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🗆 7.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🗆 7.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🗆 7.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🗆 7.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🗆 7.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🗆 7.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ)..........................................................................

 🗆 **7.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

 🗆 7.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🗆 7.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🗆 7.4.3.4 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🗆 7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🗆 7.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🗆 7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🗆 7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🗆 7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านยาเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 🗆 7.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ)…………………………………………………………………………

 🗆 **7.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

 🗆 7.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🗆 7.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🗆 7.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🗆 7.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🗆 7.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยน

 สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 🗆 7.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 🗆 7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🗆 7.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านยาเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 🗆 7.4.4.9 อื่นๆ (ระบ)…………………………………………………

 🗆 **7.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ**

 🗆 7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🗆 7.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🗆 7.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🗆 7.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🗆 7.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🗆 7.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🗆 7.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🗆 7.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ)………………………………………………………

 🗆 **7.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

 🗆 7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🗆 7.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🗆 7.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🗆 7.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🗆 7.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 🗆 7.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 🗆 7.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 🗆 7.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 🗆 7.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ)……………………………………………………………

 🗆 **7.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

 🗆 7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🗆 7.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🗆 7.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🗆 7.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🗆 7.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🗆 7.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🗆 7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🗆 7.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ)……………………………………………………………………

 🗆 **7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

 🗆 7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🗆 7.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🗆 7.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🗆 7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🗆 7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 🗆 7.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ)…………………………………………………………………………………

🗆 **7.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]**

 🗆 7.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ)……………………………………………………

 ลงชื่อ……………………………..…………..........ผู้เสนอโครงการ

 (นางบุญศรี สุขรัตน์)

 ประธานอสม. รพ.สต.บ้านทุ่งลาน

 วันที่ .......11......เดือน มกราคม พ.ศ. 2567

 **ตารางการอบรมโครงการเจาะเลือดหาสารเคมีตกค้างในเกษตรกร**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **เวลา** | **กิจกรรม** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 08.30 – 09.00 น  | ลงทะเบียนผู้เข้ารับการอบรม | คณะผู้จัดการอบรม |
| 09.00 - 12.00 น. | -ความรู้เรื่องสารเคมี การป้องกัน การเฝ้าระวังและการปฎิบัติตัวในการใช้สารเคมีที่ถูกต้อง  - เจาะเลือดเพื่อหาสารเคมีตกค้าง  | วิทยากร |
| 10.00 -12.00 น.. | พักรับประทานอาหารกลางวัน |  |
| 13.00 – 16.00 น. |  -ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย - แจ้งผลการตรวจเลือดหาสารเคมีตกค้างในเลือด | วิทยากร |

**หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.30 น. และ 14.30 น.**

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ...........................................................................
ครั้งที่ ........... / 25…………… เมื่อวันที่ ............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

 **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ..................................... บาท

 เพราะ .........................................................................................................................................................

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

 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ .........................................................................................................................................................

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

 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ...................................................................................................................................
.........................................................................................................................................................................................
.........................................................................................................................................................................................

 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

ลงชื่อ ....................................................................

 (..................................................................)

ตำแหน่ง ................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ......................................................................................................................................

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ...............................................................................................................

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .............................................................. คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ................................................. บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มี

 ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ........................................................................................................................

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

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

 แนวทางการแก้ไข (ระบุ) ......................................................................................................................

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

ลงชื่อ.........................................................................ผู้รายงาน

  (.........................................................................)

ตำแหน่ง .....................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. .........................................................