

ใบเบิกเงิน

จ่ายเงินแล้ว


กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

ที่ ...01/14.....

วันที่..... - 1 ส.ค. 2561.....

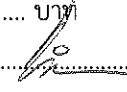
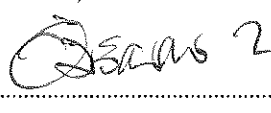
เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง (ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อบต.อ่างทอง)

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการอบรมผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ..... ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ)....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขี้วัว... จำนวน ...12,000.- บาท... นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) ...โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขี้วัว ... มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน ...12,000.-บาท... เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบเอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน1.... ชุด มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม หรือตัวแทน)นายสรายุทธ์ ประชาบุตร.... จะเป็นผู้รับเงิน

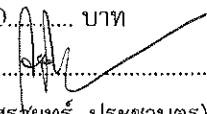
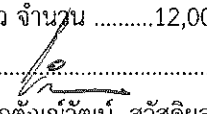
ลงชื่อ  ผู้ขอเบิก (เจ้าหน้าที่ อบท.ที่ได้รับมอบหมาย)

(นายสุภาพ ฉัตรโสภณ)

ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

| | |
|---|--|
| <p>ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้หักรายการที่ขอเบิกในครั้งนี้อย่างเรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ...12,000... บาท(-หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน-) ลงชื่อ  ผู้ตรวจสอบและควบคุมงบประมาณ (เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย) (นายกตัญญูวัฒน์ สวัสดิผล) วันที่ - 1 ส.ค. 2561.....</p> | <p>เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน12,000..... บาท ลงชื่อ.....  (นายกตัญญูวัฒน์ สวัสดิผล) นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ วันที่ - 1 ส.ค. 2561.....</p> |
| <p>เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน12,000..... บาท ลงชื่อ.....  (นายไตรวุฒิ ขาดิตร) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง วันที่ - 1 ส.ค. 2561.....</p> | <p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน.....12,000.....บาท ลงชื่อ.....  (นายอัมรินทร์ พิลัง) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง วันที่ - 1 ส.ค. 2561.....</p> |
| <p>จ่ายเป็น <input checked="" type="checkbox"/> เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาคาณัติ <input type="checkbox"/> เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท) <input type="checkbox"/> ทางธนาคาร ธนาคารธกส..... บัญชีเลขที่ ...015182797567.... เลขที่เช็ค <u>๐๘๖๖๙๒๖๔</u> ลงวันที่</p> <p>จำนวนเงิน ...12,000...บาท (-หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน-) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน)โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขี้วัว.....</p> | <p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ.....  ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (นายอัมรินทร์ พิลัง) ลงชื่อ.....  ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (นางปรียารัฐ มาลัย)</p> |

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

| | |
|---|---|
| <p>ได้รับเงินจำนวน12,000..... บาท ลงชื่อ  ผู้รับเงิน (1) (นายสรายุทธ์ ประชาบุตร) ตำแหน่ง...ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขี้วัว... วันที่ - 1 ส.ค. 2561.....</p> | <p>ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน12,000..... บาท ลงชื่อ  ผู้จ่ายเงิน (นายกตัญญูวัฒน์ สวัสดิผล) ตำแหน่ง อนุกรรมการด้านการเงินการบัญชี วันที่ - 1 ส.ค. 2561.....</p> |
|---|---|

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน / ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

PA 2

M.

งบรายละเอียดใบสำคัญประกอบใบเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพต
พิสัย จังหวัดนครสวรรค์

กอง,แผนก งานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

ฎีกาเบิก งบประมาณ ที่ .../ร./2561..... วันที่ - 1 ส.ค. 2561.....

หมวด ค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1) เงินยืม -

เงิน - บาท - สตางค์ ผลัดส่งใบสำคัญ -

เงิน 12,000 บาท - สตางค์

| ใบสำคัญ | รายการ | จำนวน | | จำนวนเงิน | | หมายเหตุ |
|---|--|--------|-----|-----------|-----|----------|
| | | บาท | สต. | บาท | สต. | |
| | เบิกเงินเพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วย บริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1) โครงการอบรมผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองขี้วัว | | | | | |
| | เป็นจำนวนเงิน | 12,000 | - | 12,000 | - | |
| รวมยอดเงินที่เบิกตามฎีกานี้ (-หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน-) | | | | | | 12,000 - |

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่ารายการและตัวเลขที่ปรากฏข้างบนนี้ถูกต้อง

ลงชื่อ.....
(นายกตัญญูวัฒน์ สวัสดิผล)

อนุกรรมการด้านการเงินการบัญชี

ลงชื่อ.....
(นายสุภาพ/ ฉัตรโสภณ)

ผู้เบิก

ใบรับรองของผู้เบิก

เลขที่รับ/2561.....

วันที่ - 1 ส.ค. 2561

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

ข้าพเจ้า นายสุภาพ ฉัตรโสภณ ตำแหน่ง กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

ขอรับรองว่าการเบิกเงินหมวด ค่าใช้จ่ายสนับสนุนสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข

(ประเภทที่ 1) เงินยืม - รวม 1 ประเภท เป็นเงิน 12,000.-บาท (-หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน-)

ตามฎีกาที่ น .14...../2561..... ลงวันที่ - 1 ส.ค. 2561

ได้ดำเนินการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการพัสดุของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2535 (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 9 พ.ศ. 2553) โดยวิธี - เป็นการถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ และเป็นไปตามกฎหมายระเบียบข้อบังคับทุกประการ และกรรมการได้ทำการ ตรวจสอบมอบทรัพย์สินไว้เป็นการถูกต้อง ตามรายการและกำหนดเวลาในสัญญาหรือใบสั่งจ้างแล้ว

วันที่ - 1 ส.ค. 2561

ลงชื่อ.....

(นายสุภาพ ฉัตรโสภณ)

ผู้เบิก

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

ที่ พิเศษ/2561

วันที่ - 1 ส.ค. 2561

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าใช้จ่ายสนับสนุนสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1)

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

ด้วยงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ได้ส่งใบเบิกเงินเพื่อขอเบิกเงินค่าใช้จ่ายสนับสนุนสนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ประเภทที่ 1) ตามสัญญาเงินยืมที่...../2561 ลงวันที่

| | |
|-------------------------|--|
| งบประมาณตั้งไว้ | เป็นเงิน 12,000.-บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) |
| งบประมาณเบิกจ่ายคงเหลือ | เป็นเงิน 12,000.-บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) |
| หักเบิกจ่ายครั้งนี้ | เป็นเงิน 12,000.-บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) |
| งบประมาณคงเหลือยกไป | เป็นเงิน 0.-บาท (ศูนย์บาทถ้วน) |

การเสนอฎีกาเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2547 ส่วนที่ 3 การจ่ายเงินยืม ข้อ 84 จึงเห็นควรเสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นายสุภาพ/ฉัตรโสภณ)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

ลงชื่อ.....

(นายไตรวุฒิ ชาติตร)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

อนุมัติ...เบิกจ่ายได้...

(นายอัมรินทร์ พิสิก)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง



เล่มที่ 0768

เลขที่ 16

ใบเสร็จรับเงิน

ในราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขี้วัว สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 1 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564

ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ จ.นบ. หนอง ตามรายละเอียดดังนี้

| รายการ | จำนวนเงิน |
|-------------------------------------|-----------|
| - กองทุนหลักประกันสุขภาพ จ.นบ. หนอง | 12,000 |
| รวมบาท | 12,000 - |




จำนวนเงิน (๓ หมื่นหนึ่ง สองพันบาทถ้วน) (ตัวอักษร)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

(ต.ค. 59)

เล่มที่ นว. 0001-4760


รวมบาท
บาทลงชื่อ ดร. ชวรงค์ โภทธุภา ผู้รับเงินตำแหน่ง ศพ. คส. โภทธุภา

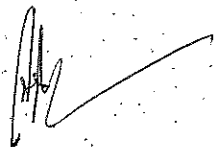

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 6005 00365 46 5**

ชื่อและนามสกุล นาย สรายุทธ์ ประชาบุตร
 Name **Mr. Sarayoot**
 Last name **Pasabut**
 เกิดวันที่ **22 พ.ย. 2518**
 Date of Birth **22 Nov. 1975**
 ศาสนา **พุทธ**

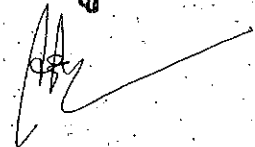
ออก 27 หมู่ที่ 4 ต.โพธิ์โพรง
อ.ปรางราช จ.พิจิตร
6 มิ.ย. 2560
วันหมดอายุ
6 Jun. 2017
 Date of Issue

รับทราบ
(ผู้ถือบัตร)
เจ้าพนักงานปกครอง
21 พ.ย. 2568
วันหมดอายุ
21 Nov. 2025
 Date of Expiry


 150
 100
 100
 170
 100
6810-03-08061416



สำเนาถูกต้อง



(นางสาวสุทศ ประชาบุตร)
 เจ้าพนักงานบริหารพิเศษชำนาญการ

BORA-9.2-04-2560



ประเทศไทย
 THAILAND

100-1-10000-3



0316

015182505522

สาขาบรรณคดี

สำเนาถูกต้อง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเองจ้าว

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดคู่ฝาก)

165502100

0001 65502100

(นายสุรยุทธ์ ประทุมตา)
ผู้อำนวยการสาธารณสุข อําเภอนงนุช



เลขที่...๑๑...../๒๕๖๑

**บันทึกข้อตกลง
การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง**

.....
เขียนที่ ที่ทำการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
หรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

วันที่.....๒๙.....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ. ๒๕๖๑

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขี้วัว โดย นายสรายุทธ์ ประชาบุตร ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขี้วัว ชื่อผู้รับผิดชอบ นายสรายุทธ์ ประชาบุตร ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขี้วัว ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการ/กิจกรรม ประเภทที่ ๑ กิจกรรมสนับสนุนหน่วยสาธารณสุข ชื่อโครงการ/กิจกรรม โครงการอบรมผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ ตามแผนงาน โครงการ/กิจกรรมแนบท้ายบันทึกข้อตกลงนี้ เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่งกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง โดย นายอัมรินทร์ พิสิฐ ตำแหน่ง นายกองการบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ในฐานะ ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ซึ่งต่อไปในบันทึก เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ตกลงจะดำเนินการโครงการ กิจกรรม โครงการอบรมผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ได้ให้เงินอุดหนุนจำนวน ๑๒,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) เพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| ๑. ค่าอาหารกลางวัน | เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท |
| ๒. ค่าอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม | เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท |
| ๓. ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม | เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท |
| ๔. ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการสาธิต | เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๒,๐๐๐ บาท

หมายเหตุ ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยเบิกจ่าย

ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์เป้าหมายแผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกประการ

ข้อ ๒ การจ่ายเงินครั้งนี้เป็น การจ่ายตามข้อตกลงและตามใบยืม การจ่ายเงินในลักษณะนี้เป็น การจ่ายล่วงหน้า งวดเดียว หรือร้อยละ-.....ของเงินทั้งหมด ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง อนุมัติ ทั้งนี้เพื่อให้ “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ซึ่งไม่มีเงินสำรองจ่ายสามารถไปดำเนินโครงการ/กิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้แก่ประชาชน ตำบลอ่างทองได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ/กิจกรรม โดยมีเงื่อนไขดังนี้

(๑) “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” จ่ายเงินให้กับ “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ตามแผนงานและโครงการที่ผ่านการอนุมัติแล้ว และมีการจัดทำโครงการและรายละเอียดต่างๆ ให้ผู้มีอำนาจในการอนุมัติโครงการหรือประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว โดย “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ในกรณีตามใบยืมเพื่อใช้ในการดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรม ต้องลงนามในเอกสารใบยืม ตามแบบที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง กำหนด

(๒) หลังได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุน “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” จะดำเนินโครงการให้เป็นไปวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” จะต้องถือปฏิบัติตามระเบียบ / ประกาศ / คำสั่ง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง พ.ศ. ๒๕๕๗

(๓) “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” จะรายงานผลการดำเนินโครงการพร้อมเอกสารหลักฐานการใช้คืนเงินยืม ประกอบด้วย

(๔.๑) หนังสือส่งใช้คืนเงินยืม (ถ้ามี)

(๔.๒) สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ/กิจกรรมที่ระบุไว้ในแผนงาน โครงการ/กิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง อนุมัติ

(๔.๓) เอกสารแสดงรายละเอียดการจัดซื้อ จัดจ้าง (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

(๔.๔) ภาพถ่าย (สี) การดำเนินกิจกรรม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

(๔.๕) ใบสำคัญรับเงินพร้อมลายเซ็น กรณี การประชุม อบรม หรือ การรับเงิน หรือ การรับ

สิ่งของตามโครงการ

(๔.๖) สำเนาใบเสร็จรับเงินอุดหนุนจากกองทุน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

(๔.๗) บันทึกการประชุม (ถ้ามี)

(๔.๘) เงินสดคืน (ถ้ามี)

ให้แก่ “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” ภายใน ๓๐ วันหลังเสร็จสิ้นโครงการ

(๕) การรับเงินอุดหนุน “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ต้องออกใบเสร็จรับเงินหลักฐานการรับเงินของ “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม”

(๖) “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” ได้กำหนดหรือแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบหรือติดตามผลการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมนี้ จำนวน ๓ คน ดังนี้

- ๖.๑ นายลำพูน เกตุกัน เป็น กรรมการ
- ๖.๒ นายมังกร ศรีลักษณ์ เป็น กรรมการ
- ๖.๓ นายสุภาพ ฉัตรโสภณ เป็น กรรมการ

การกำหนดเอกสาร หลักฐานตามที่กล่าวมาเบื้องต้น ดังกล่าว คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ อาจมีการกำหนดเอกสารทางการเงินอื่นๆ เพิ่มเติมได้ตามที่เห็นสมควร

ในกรณี “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” เป็นหน่วยราชการหรือหน่วยงานของราชการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล มีการนำเงินที่ได้รับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเข้าเป็นเงินของหน่วยงาน โดยหน่วยงานต้องออกไปเสิร์ฟรับเงินของหน่วยงานส่งคืนกองทุน เพื่อเป็นหลักฐานในการรับเงิน ดังนั้น เมื่อจะมีการเบิกจ่ายเงินตามโครงการที่ได้รับไปให้ถือปฏิบัติตามแนวทางหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานนั้น ๆ

ข้อ ๓ หาก “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ไม่ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมกิจกรรมโครงการอบรมผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และในระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย พ้นวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” มีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างไร

หาก “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจาก “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” รวมทั้งยินยอมให้ “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” ดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
๒. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมาย หรือ “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง เป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลมและตามประกาศหรือหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

๔. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานหรือดำเนินโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวให้ส่งคืน ให้แก่ “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

๕. เงินงบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมนี้ เป็นเงินงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง เงินขององค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร และเงินจากประชาชนสมทบ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการ และแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนโดยมิแจ้งล่วงหน้าและถ้า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนดทุกประการ

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” หนึ่งฉบับ และ “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” หนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ) ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
(นายสรายุทธ์ ประชาบุตร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขี้วัว

(ลงชื่อ) ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม
(นายอัมรินทร์ พิสิทธิ์)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง
(นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง)

(ลงชื่อ) พยาน
(นายคำพูน เกตุกัน)

กรรมการกองทุน

(ลงชื่อ) พยาน
(นายสุภาพ ฉัตรโสภณ)

กรรมการและผช.เลขานุการกองทุน

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ครั้งที่๓..... ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑... เมื่อวันที่๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑..... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน๑๒,๐๐๐..... บาท เพราะเป็นไปตามอำนาจหน้าที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง ที่จะสนับสนุนได้โดยเป็นประโยชน์ต่อประชาชนตำบลอ่างทอง.....

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่๓๐ วันหลังเสร็จสิ้นโครงการ.....

(ลงชื่อ)



(นายสุภาพ / ฉัตรโสภณ)

ตำแหน่ง

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง
วันที่-เดือน-พ.ศ.



แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการอบรมผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขี้วัว มีความประสงค์ จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการอบรมผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วน ตำบลอ่างทอง เป็นเงิน ๑๒,๐๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ ๑ : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

๑. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๑. เพื่อสร้างผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพที่มีความรู้และทักษะในด้านส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เป็น ประโยชน์แก่ตนเอง เพื่อนนักเรียน ครอบครัว และเป็นตัวอย่างที่ดีของชุมชน

๒. เพื่อให้ผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพสามารถเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งในโรงเรียน ครอบครัว และชุมชนได้

๒. วิธีดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

๑. ประชุมเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านหนองขี้วัวเพื่อกำหนดแนวทางของโครงการ
๒. จัดทำแผนปฏิบัติการในการอบรมผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ และการติดตามประเมินผล
๓. จัดทำโครงการและเสนอโครงการ เพื่อขออนุมัติ

ขั้นดำเนินการ

๑. ประชุมชี้แจงผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน และกรรมการโรงเรียนเพื่อให้ทราบแนวทางการ ดำเนินโครงการ
๒. ประชาสัมพันธ์ให้นักเรียนทราบเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ
๓. คัดเลือกตัวแทนนักเรียนเพื่อเข้ารับการอบรมผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ
๔. ดำเนินการอบรมผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ
๕. ให้การสนับสนุน แนะนำ และประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพทุก ๓ เดือน
๖. สรุปผลการดำเนินโครงการ

๓. ระยะเวลาดำเนินการ

มีนาคม ๒๕๖๑ - กันยายน ๒๕๖๑

๔. สถานที่ดำเนินการ

นักเรียนชั้น ป.๔ – ป.๕ โรงเรียนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขี้วัว
จำนวน ๔๐ คน

๕. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลอ่างทอง
จำนวน ๑๒,๐๐๐ บาท รายละเอียด ดังนี้

- ค่าอาหารกลางวันผู้เข้ารับการอบรม จำนวน ๔๐ คนๆละ ๕๐ บาท จำนวน ๒ มื้อ เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท
- ค่าอาหารว่างผู้เข้ารับการอบรม จำนวน ๔๐ คน จำนวน ๔ มื้อๆละ ๒๕ บาท จำนวน ๔ มื้อ เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท
- ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม (ปากกาเคมี กระดาษ ปากกา เป็นต้น) เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท
- ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม (วัสดุสาธิต เช่น แปรงสีฟัน, ยาสีฟัน, แก้วน้ำ) จำนวน ๔๐ ชุดๆละ ๕๐ บาท เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๑๒,๐๐๐ บาท

๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพมีความรู้และทักษะในด้านส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง เพื่อนนักเรียน ครอบครัว และเป็นตัวอย่างที่ดีของชุมชน
๒. ผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพสามารถช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพเบื้องต้น แก่ตนเอง เพื่อนๆในโรงเรียน และสมาชิกในครอบครัวและชุมชนได้
๓. ผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพสามารถเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งในโรงเรียน ครอบครัว และชุมชนได้

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับการใช้ในการ
จำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗

ข้อ ๗) ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขี้วัว

- ๗.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- ๗.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น ส่วน/กองสาธารณสุข
- ๗.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- ๗.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- ๗.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

๗.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

- ๗.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]
- ๗.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]
- ๗.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)]
- ๗.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]
- ๗.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]

๗.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)

- ๗.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

- ๗.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ๗.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- ๗.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน
- ๗.๓.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ๗.๓.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ๗.๓.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- ๗.๓.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๓.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

๗.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- ๗.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
 - ๗.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๗.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๗.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
 - ๗.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๗.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - ๗.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
 - ๗.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - ๗.๔.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ)
- ๗.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
 - ๗.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๗.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๗.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - ๗.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๗.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - ๗.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - ๗.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - ๗.๔.๒.๘ อื่นๆ (ระบุ)
- ๗.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
 - ๗.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๗.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๗.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - ๗.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๗.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - ๗.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - ๗.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 - ๗.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - ๗.๔.๓.๙ อื่นๆ (ระบุ)

๗.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน

- ๗.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๗.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๗.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๗.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- ๗.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- ๗.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- ๗.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๗.๔.๔.๙ อื่นๆ (ระบุ)

๗.๔.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ

- ๗.๔.๕.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๗.๔.๕.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๔.๕.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๗.๔.๕.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๗.๔.๕.๑.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ๗.๔.๕.๑.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ๗.๔.๕.๑.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๗.๔.๕.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ)

๗.๔.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- ๗.๔.๕.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๗.๔.๕.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๔.๕.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๗.๔.๕.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๗.๔.๕.๒.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ๗.๔.๕.๒.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ๗.๔.๕.๒.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๗.๔.๕.๒.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- ๗.๔.๕.๒.๙ อื่นๆ (ระบุ)


๗.๔.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

- ๗.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๗.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๗.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๗.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๗.๔.๖.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

- ๗.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ๗.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๗.๔.๖.๘ อื่นๆ (ระบุ)

- ๗.๔.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
 - ๗.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - ๗.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - ๗.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - ๗.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - ๗.๔.๗.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
 - ๗.๔.๗.๖ อื่นๆ (ระบุ)

- ๗.๔.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]
 - ๗.๔.๘.๑ อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ  ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นางสาววรรณมา พูลสาริกิจ)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๒๕ มกราคม ๒๕๖๑

หลักสูตรการอบรม
โครงการอบรมผู้นำนักเรียนส่งเสริมสุขภาพ
ณ ห้องประชุม รพ.สต.บ้านหนองขี้วัว ตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

.....

| | |
|------------------|---|
| 08.00 – 08.30 น. | ลงทะเบียนครูอนามัย |
| 08.30 – 09.00 น. | ทดสอบก่อนการอบรมครู / জনท.สาธารณสุข |
| 09.00- 09.30 น. | พิธีเปิด |
| 09.30- 10.30 น. | กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และการทำงานเป็นกลุ่ม |
| 10.30 – 10.45 น. | พักรับประทานอาหารว่าง/สั้นทนาการ |
| 10.45 – 11. 30น. | โรคติดต่อ |
| 11.30 – 12.00 น. | สุขบัญญัติแห่งชาติ / การตรวจสุขภาพด้วยตนเอง |
| 12.00 – 13.00 น. | พักรับประทานอาหารเที่ยง |
| 13.00 – 14.30 น. | บทบาทผู้นำนักเรียน |
| 14.30 – 14.45 น. | พักรับประทานอาหารว่าง/สั้นทนาการ |
| 14.45- 15.30 น. | ภาวะโภชนาการ/อาหารหลัก 5 หมู่ |
| 15.30 -16.00 น. | มอบวุฒิบัตร/ปิดอกแขนผู้นำนักเรียน/พิธีปิด |

ตารางการอบรมผู้นำนักเรียน

ณ. ห้องประชุมโรงเรียนวัดวิมลประชาราษฎร์ ตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์
วันที่

| เวลา | กิจกรรม | วิทยากร |
|------------------|---|--|
| 08.00 – 08.30 น. | ลงทะเบียน | |
| 09.00 – 09.30 น. | พิธีเปิด | นายสรายุทธ์ ประชาบุตร ผอ.รพ.สต.บ้านหนองขี้วัว |
| 09.30 – 10.30 น. | กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และการทำงานเป็นกลุ่ม | นางสุขญามน ทองแก้ว |
| 10.30 – 10.45 น. | พักรับประทานอาหารว่าง / สันทนาการ | |
| 10.45 – 11.30 น. | บทบาทผู้นำนักเรียน | นายวีรพงศ์ กิตติถนอมวงษ์ |
| 11.30 – 12.00 น. | สุขบัญญัติแห่งชาติ | นายวีรพงศ์ กิตติถนอมวงษ์ |
| 12.00 – 13.00 น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน | |
| 13.00 – 14.30 น. | ภาวะโภชนาการ / อาหารหลัก 5 หมู่ | นางสุขญามน ทองแก้ว |
| 14.30 – 14.45 น. | พักรับประทานอาหารว่าง | |
| 14.45 – 15.30 น. | การตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเอง / ฝึกทักษะการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเอง | นายวีรพงศ์ กิตติถนอมวงษ์ |
| 15.30 – 16.00 น. | ซักถามปัญหาทั่วไป | |

ตารางการอบรมผู้นำนักเรียน

ณ. ห้องประชุมโรงเรียนวัดวิมลประหารราษฎร์ ตำบลอ่างทอง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์
วันที่

| เวลา | กิจกรรม | วิทยากร |
|------------------|--|--|
| 08.00 – 08.30 น. | ลงทะเบียน | |
| 09.00 – 09.30 น. | การป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคมือเท้าปาก | นายวีรพงศ์ กิตติถนอมวงษ์ |
| 09.30 – 10.30 น. | หลักการใช้จ่าย / อาหารปลอดภัย | นางสุขญามน ทองแก้ว |
| 10.30 – 10.45 น. | พักรับประทานอาหารว่าง / สันทนาการ | |
| 10.45 – 11.30 น. | มุมนเพื่อนใจในโรงเรียน | นางสุขญามน ทองแก้ว |
| 11.30 – 12.00 น. | การดูแลทันตสุขภาพ / ฝึกทักษะการแปร่งฟัน | น.ส.วรรณมา พูลสารกิจ |
| 12.00 – 13.00 น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน | |
| 13.00 – 14.30 น. | การป้องกันปัญหาเสพติดในโรงเรียน | นายวีรพงศ์ กิตติถนอมวงษ์ |
| 14.30 – 14.45 น. | พักรับประทานอาหารว่าง | |
| 14.45 – 15.30 น. | ทดสอบหลังการอบรม | |
| 15.30 – 16.00 น. | มอบวุฒิบัตร / ปกอกแขนผู้นำนักเรียน / พิธีปิด | นายสรายุทธ์ ประชาบุตร ผอ.รพ.สต.บ้านหนองขี้วัว |