**ส่วนที่ 3แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ**

**(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน โครงการ “ห่วงใยสตรีสตรี ช่วยชีวียืนยาว” ปี 2560

**1. ผลการดำเนินงาน**

 - สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี ที่เข้ารับการอบรม มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตัวเอง ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear และสามารถตอบคำถามวิทยากรได้อย่างถูกต้อง

 - ผู้เข้ารับการอบรมเห็นความสำคัญและตอบตกลงการเข้ารับการตรวจ และสามารถค้นหาและส่งต่อผู้ที่มีผลผิดปกติได้อย่างทันถ่วงที

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 ☑ บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

 🞎ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ..............................................................................**..**

**……………………………………………………………………………………………………………………….........…………………..**

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ 14,100 บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง 14,100 บาท คิดเป็นร้อยละ 100

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 ☑ ไม่มี

 🞎มีปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ..................................................................................................................

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

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

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

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

 ลงชื่อ ยมนา คงศรี ผู้รายงาน

  ( นายยมนา คงศรี )

 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำ

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