ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ

ความเห็นของประธานคณะอนุกรรมการบริหารกองทุนฯ

ผลการตรวจสอบ ☑ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ☐ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

ความเห็นตามมติที่ประชุม ครั้งที่...1.../...2562... เมื่อวันที่...19...เดือน...มีนาคม... พ.ศ......................

☑ ควรอนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เพราะ..

(ลงชื่อ) ....

(นายสัญญา รัตนหิรัญ)

ประธานคณะอนุกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลนาพละ

ผู้ตรวจสอบโครงการ

ตรวจสอบแล้วถูกต้องตามมติที่ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาพละครั้งที่ ...๑.../...๒๕๖๒... เมื่อวันที่...๒๐...เดือน...มี.ค...... พ.ศ ...๒๕๖๑......

(ลงชื่อ) ....

(นางสาวสุวรรณี ศีรีรัตน์)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

ผู้อนุมัติโครงการ

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.นาพละ

ครั้งที่ ...๑... / ...๒๕๖๒... เมื่อวันที่...๒๐ มี.ค.๖๑...... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

☑ **อนุมัติ** งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ...5220.....................บาท

เพราะ ....

☐ **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ ....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ....

☐ ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม

(ส่วนที่ ๓)ภายในวันที่ ....

ลงชื่อ...

(นายสำเริง นิลละออ)

ประธานคณะกรรมการบริหาร

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาพละ

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....