**แบบเสนอโครงการ**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา**

**โดย กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปะเหลียนอำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รหัสโครงการ** |  | |
| **ชื่อโครงการ/กิจกรรม** | **โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย** | |
| **หน่วยงาน** | องค์การบริหารส่วนตำบลปะเหลียน (กองการศึกษา) | |
| **ชื่อกองทุน** | กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปะเหลียน | |
|  | สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]  ☑ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]  สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]  สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]  สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)] | |
| *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* | หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.  หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล  หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.  ☑ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษา ฯ  กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ 5 คน | |
| **ชื่อองค์กร/กลุ่มคน (5 คน)** | ชื่อองค์กร..........................................................................................  กลุ่มคน (ระบุ 5 คน)  1……………………………………………………………………  2……………………………………………………………………  3……………………………………………………………………  4…………………………………………………………………..  5………………………………………………………………….. | |
| **วันอนุมัติ** |  | |
| **ระยะเวลาดำเนินโครงการ** | ตั้งแต่ วันที่ 1 เดือน เมษายน พ.ศ.2562.  ถึง วันที่ 30 เดือน เมษายน .พ.ศ.2562 | |
| **งบประมาณ** | จำนวน 64,450บาท | |
| **หลักการและเหตุผล (ระบุที่มาของการทำโครงการ)**  เด็กและเยาวชนที่นับถือศาสนาอิสลาม ต้องชำระความสกปรกและทำความสะอาดทั้งภายในและภายนอกให้มีความสมบูรณ์ ซึ่งเป็นผู้มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะได้แสดงตนตามหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม การขลิบหนังปลายอวัยวะเพศชายเป็นธรรมชาติ อันบริสุทธิ์สะท้อนถึงความเอาใจใส่ในการรักษาสุขอนามัย ซึ่งภาษาอาหรับเรียกว่า คิตาน หมายถึงการทำความสะอาดร่างกายโดยการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายออก เพื่อรักษาความสะอาดในการประกอบศาสนกิจและถือได้ว่าบรรลุนิติภาวะในอันที่จะประกอบศาสนกิจได้อย่างสมบูรณ์ ประกอบกับวงการแพทย์สมัยใหม่ได้วิเคราะห์มาแล้วเช่นกันว่าการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศนั้น มีคุณประโยชน์มากมาย สามารถป้องกันการเป็นมะเร็งอวัยวะเพศชาย อีกทั้งยังลดอัตราการติดเชื้อในระบบการขับถ่าย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ง่ายต่อการทำความสะอาดถูกสุขลักษณะ  กองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม องค์การบริหารส่วนตำบลปะเหลียนจึงได้จัดทำโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายขึ้น | | |
| **กลุ่มเป้าหมาย**  เด็กและเยาวชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลปะเหลียน จำนวน 80 คน | | |
| **วิธีดำเนินการ (ออกแบบให้ละเอียด)**  **ขั้นเตรียมการ**  1 ประชุมคณะทำงาน เพื่อวางแผนการดำเนินโครงการ  2 ประชาสัมพันธ์ สำรวจเด็กและเยาวชนในพื้นที่ ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ  3 กำหนดสถานที่ในการขลิบอวัยวะเพศชาย แก่เด็กและเยาวชน  **ขั้นดำเนินการ**  1 การขลิบอวัยวะเพศชาย แก่เด็กและเยาวชน  2 ติดตามและประเมินผล | | |
| **ผู้รับผิดชอบโครงการ**  นางจิตตมาส รักไทย ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองการศึกษาศาสนาและวัฒนธรรม | | |
| **สถานที่ดำเนินการ**  มัสยิดฉ่ำสุดดีน หมู่ที่ 1 ตำบลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง | | |
| **ผลที่คาดว่าจะได้รับ**   1. เด็กและเยาวชนที่ร่วมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย 2. สามารถลดภาวะเสี่ยงของการออกเลือด ภาวะแทรกซ้อน การอักเสบรุนแรง และการติดเชื้อ 3. เพื่อสร้างความตระหนักแก่ผู้ปกครอง ชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อ | | |
| **เป้าหมาย/วัตถุประสงค์** | | **ตัวชี้วัด** |
| **วัตถุประสงค์โดยตรง** | | |
| วัตถุประสงค์  1 บริการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศแก่เด็กและเยาวชนเพศชาย ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลปะเหลียน เพื่อลดภาวะเสี่ยงการติดเชื้อและภาวะเลือดออกมาก | | **ตัวชี้วัดความสำเร็จ**  1 เด็กและเยาวชนในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลปะเหลียนได้รับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย และสามารถลดภาวะเสี่ยงการติดเชื้อและภาวะเลือดออก |
| 2 เพื่อรณรงค์และสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคโดยเฉพาะโรคติดเชื้อ | | 1 เด็กและเยาวชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพและป้องกันโรคติดเชื้อ |
| 3 เพื่อให้เด็กและเยาวชนในเขตพื้นที่ได้เข้าถึงบริการด้านส่งเสริมและป้องกันโรค | | 1 เด็กและเยาวชนได้เข้าถึงบริการด้านส่งเสริมและป้องกันโรค |

**กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ระบุชนิดกิจกรรมหลัก เช่น ประชุม รณรงค์ จัดบริการ การจัดซื้อ** | **งบประมาณ** | **ระบุเวลา** |
| **1 กิจกรรมออกบริการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายแก่เด็กและ เยาวชน** | 64,450 บาท | 1 - 30เมษายน  2562 |
| * 1. กิจกรรมย่อย   -ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ(การป้องกันโรค)แก่เด็กและเยาวชนเป้าหมาย รวมทั้งผู้ปกครอง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค | ค่าป้ายไวนิลโครงการ  ขนาด 1x 3 เมตร = 450 บ. |  |
| * 1. กิจกรรมย่อย   -กิจกรรมออกบริการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย | - ค่ายาชา 80 คนๆละ 100 บาท  เป็นเงิน 8,000บาท  - ค่าถุงมือ sterile 80 คนๆละ 15 บาท  เป็นเงิน 1,200บาท  - ค่าเข็ม Syring 80 คนๆละ 10 บาท  เป็นเงิน 800บาท(เข็มฉีดยา)  - ค่าไหม 80 คนๆละ 140 บาท  เป็นเงิน 11,200บาท  - ค่าเซ็ต sterile 80 คนๆละ 25 บาท  เป็นเงิน 2,000บาท(เซ็ตทำแผล)  - ค่าBetadine 30 cc. 80 คนๆละ 25 บาท  เป็นเงิน 2,000 บาท  - ค่าElassitix 80 คนๆละ 25 บาท  เป็นเงิน 2,000 บาท  - ค่าผ้าก็อต 2 ซอง 80 คนๆละ 25 บาท  เป็นเงิน 2,000 บาท  - ค่าBecyigras 80 คนๆละ 25 บาท  เป็นเงิน 2,000 บาท(แผ่นแปะตัวยา)  - ค่าใบมีด 80 คนๆละ 10 บาท  เป็นเงิน 2,000 บาท  - ค่าหัตการ 80 คนๆละ 400 บาท  เป็นเงิน 32,000 บาท |  |
| * 1. **กิจกรรมย่อย**   -การติดตามและประเมินผล เพื่อประเมินอาการหลังทำการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย |  |  |
|  | **รวม 64,450 บาท** |  |

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ...........................................................................................................................

7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

☑ 7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

☑ 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

7.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

**7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)**

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

7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(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 การส่งสริมสุขภาพช่องปาก

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

7.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.3.5 การส่งสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

☑ 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 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

7.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

7.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

7.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

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 7(4)]

7.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

ลงชื่อ...............................................................ผู้เสนอแผนงานโครงการ

(นายสมพงษ์ คงเกลี้ยง)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปะเหลียน

วันที่ 9 เดือน มกราคม พ.ศ. 2562

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

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

**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..................