

แบบสรุปรายงานการใช้เงิน

โครงการ แก้ไขปัญหาฟันผุในเด็ก ๐-๕ ปี ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี ๒๕๖๒

สรุปรายงานการใช้เงินในกิจกรรม

วันที่ 1-5 เมษายน 2562 และ 25 - 26 เมษายน 2562 สถานที่ ห้องประชุม รพ.สต.คลองน้ำใส

1. หมวดค่าตอบแทน.....		บาท
1.1 วิทยากร..... 7,500.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย.....	บาท
1.2 เจ้าหน้าที่ช่วยจัดการประชุม..... -.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย.....	บาท
1.3 ค่าติดตาม..... 1,200.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย.....	บาท
2. หมวดค่าจ้าง.....		บาท
ค่าจ้าง..... 2,250.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย.....	บาท
3. หมวดค่าใช้จ่าย.....		บาท
3.1 ค่าที่พัก..... -.....		บาท
3.2 ค่าอาหาร..... 11,000.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย.....	บาท
3.3 ค่าห้องประชุม..... -.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย.....	บาท
3.4 ค่าถ่ายเอกสาร..... 684.....		บาท
3.5 ค่าเดินทาง..... -.....		บาท
3.6 ค่าเช่ารถ..... -.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย.....	บาท
3.7 ค่าน้ำมันรถ..... -.....		บาท
3.8 อื่น ๆ ระบุ..... -.....		บาท
4. หมวดค่าวัสดุ..... 7,466.....		บาท
5. หมวดค่าสาธารณูปโภค.....		บาท
5.1 ค่าส่งไปรษณีย์.....		บาท
5.2 ค่าโทรศัพท์.....		บาท
6. หมวดอื่นๆ (ค่าเปิดบัญชีโครงการ).....		บาท
รวม..... 30,100.....		บาท
(..... สามหมื่นหนึ่งร้อยบาทถ้วน.....)		

หมายเหตุ.....

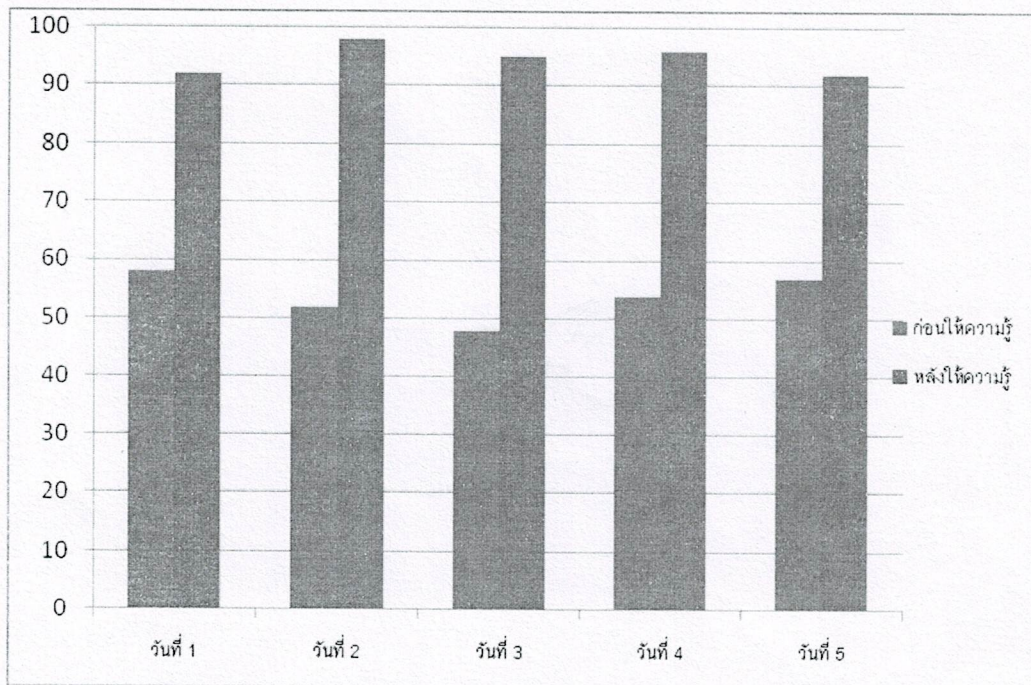
ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..โครงการแก้ไขปัญหาฟันผุในเด็ก ๐-๕ ปี ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี ๒๕๖๒.....

๑. ผลการดำเนินงาน

กิจกรรมพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรมแกนนำในชุมชน

1. พัฒนาด้านความรู้ให้กับแกนนำทางการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการประเมินจากการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม ผลการประเมินดังนี้
แผนภูมิแสดง ร้อยละการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม



จากแผนภูมิแสดง ร้อยละการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่า แกนนำทางการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 12 คน ที่เข้ารับการอบรมมีความรู้ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกัน จะเห็นได้ว่า ก่อนการอบรมมีความรู้ทางการดูแลสุขภาพช่องปากโดยเฉลี่ย 53.8 และหลังการอบรมมีความรู้ทางการดูแลสุขภาพช่องปากโดยเฉลี่ย 94.6 ซึ่งพบว่าแกนนำมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น

2. เสริมสร้างทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก 0-5 ปี โดยการ แบ่งกลุ่มการวางแผนเพื่อพัฒนาทางด้านทันตสุขภาพของเด็ก 0-5 ปีในชุมชน ซึ่งสรุปโดยภาพรวม ดังนี้
 - มีการดำเนินงานเชิงรุกโดยใช้วิธีการแบบเคาะประตูบ้านตรวจฟันเด็ก 0-5 ปี
 - มีการทำความเข้าใจกับผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การเล็ทขูดนม การแปรงฟัน ฯลฯ

- สอนการแปรงฟันสำหรับผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี และให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก
 - ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับมอบหมายทุกๆ 1 เดือน
 - หากพบว่าเด็ก 0-5 มีฟันผุ จะมีการแจ้งต่อทันตภิบาล เพื่อนัดหมายต่อไป
3. พัฒนาด้านทักษะของการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0-5 ปีดังนี้

หัวข้อการปฏิบัติ	แกนนำด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0-5 ปี จำนวน 12 คน		
	ปฏิบัติได้	ต้องปรับปรุง	ปฏิบัติไม่ได้
1. ทักษะการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี	11คน	1 คน	-
2. ทักษะการสอนฝึกแปรงฟัน	12คน	-	-
3. ทักษะการตรวจฟันเด็ก 0-5 ปี	12 คน	-	-
4. ทักษะการคัดกรองฟันผุในเด็ก 0-5 ปี	12 คน	-	-
5. ทักษะการใช้แบบบันทึกการแปรงฟัน	12 คน	-	-

จากตารางพบว่า แกนนำด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0-5 ปี จำนวน 12 คนมีการปฏิบัติได้เกือบทุกข้อ ยกเว้น ข้อที่ 1 ทักษะการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี มีแกนนำจำนวน 1 คน ที่ต้องปรับปรุงในด้านนี้ เนื่องจาก การให้ความรู้ที่ผ่านมา ผู้ปกครองไม่สามารถปฏิบัติตามแกนนำได้เนื่องจาก แกนนำยังมีความสับสนในการให้ความรู้อยู่ จำเป็นต้องมีการฝึกเพิ่มเติม โดยการนัดแกนนำดังกล่าว มาให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กในคลินิกWCC

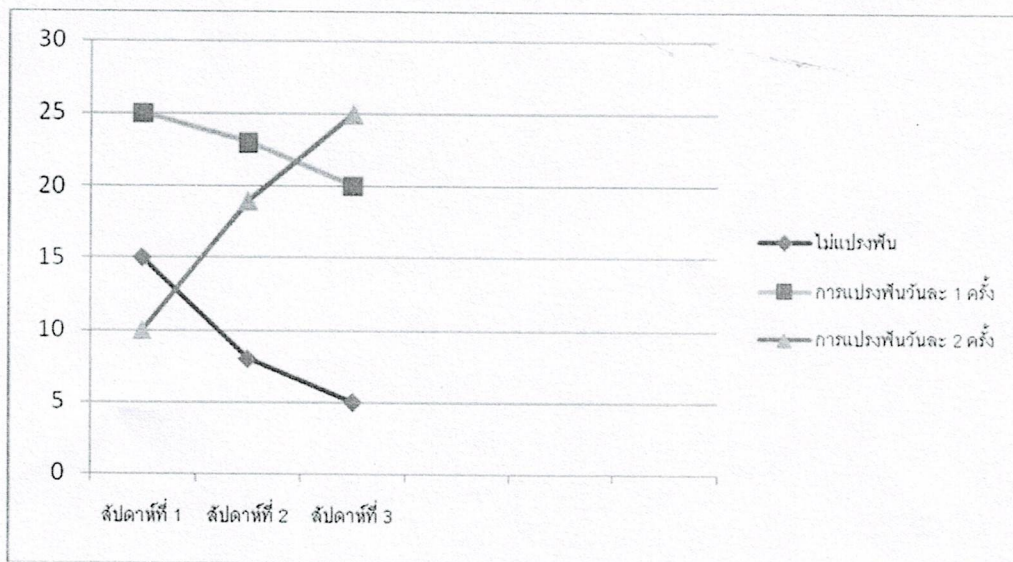
กิจกรรมจัดอบรมผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก 0-5 ปี

1. ผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 2 รุ่นๆละ 25 คน รวม 50 คน โดยให้ความรู้แบบแบ่งกลุ่มเป็นหมู่บ้าน และดำเนินการสอนโดยแกนนำที่ผ่านการอบรม จำนวน 12 คน
2. ประเมินจากการทำแบบทดสอบ และทักษะการแปรงฟันให้บุตร โดยมีแกนนำเป็นวิทยากรกลุ่ม

หัวข้อ	การประเมิน(คิดเป็นร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง
ด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	50.52	80.21
ด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพของปากของเด็ก 0-5 ปี	45.20	75.24
ด้านการปฏิบัติในฝึกการแปรงฟัน	32.04	80.24

3. ความถี่ของการแปรงฟันแบบแห้งให้กับเด็ก 0-5 ปีในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 50 คน โดย ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องโดยมีแกนนำติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

กราฟเส้น แสดงความถี่ของการแปรงฟันแห้งให้กับเด็ก 0-5 ปี โดยผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก



จากกราฟเส้น พบว่า ความถี่ของการแปรงฟัน วันละ 2 ครั้ง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับ 3 สัปดาห์

4. วางแผนออกดำเนินการติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง อย่างต่อเนื่องโดยแกนนำที่ผ่านการอบรม และส่งสรุปผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งมีการประชุมเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง
5. กลุ่มเป้าหมาย 50 คน ได้รับการส่งต่อมารับบริการ SMART จำนวน 8 คน 12 ซี่

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ ๑ ๑๒ คน กิจกรรมที่ ๒ ๕๐ คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ๓๐,๑๐๐..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง๓๐,๑๐๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาท คิดเป็นร้อยละ

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
- มี

1. ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ข้อมูลเด็กในพื้นที่ 0-5 ปี เป็นข้อมูลแค่ 50 คน จาก 274 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 ทำให้การวัดผลลัพธ์ยังไม่แน่ชัด ซึ่ง ต้องดำเนินการต่อในระยะเวลา 1 -2 ปี เพื่อวัดผลการเกิดโรคพื้นฟูในเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมดของพื้นที่
2. การวัดผลการดำเนินงาน เพียง 3 สัปดาห์เท่านั้น ซึ่งผลงานยังไม่ชัดเจน

แนวทางการแก้ไข /โอกาสพัฒนา (ระบุ)

1. กิจกรรมเคาะประตูตรวจฟัน และให้ทันตสุขศึกษาในบ้านที่มีเด็ก 0-5 ปีอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
2. ขยายกลุ่มเป้าหมายเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่ให้เพิ่มมากขึ้น โดยอาศัยความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านบ้านสู่เพื่อนบ้าน
3. นำมาปรับใช้การดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ
4. นำข้อมูลจากการดำเนินงานมาวิเคราะห์เพื่อจัดทำวิจัยต่อไป

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน

(.....นางปาริณา มะสะอะ...)

ตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน.....

วันที่-เดือน-พ.ศ.๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๒.....


ที่บค.....๕...../ 2562

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....1.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า.....พ.ศ. ๖๐ปี๕๕.....๓๐1๖๖๖.....เลขประจำตัวประชาชน.....2-9๖๐1-๐๐๐11-38-0
อยู่บ้านเลขที่.....18/5.....หมู่ที่.....2.....ตำบล.....วังกระแจะ.....อำเภอ.....กรงปินัง
จังหวัด.....ยะลา.....ได้รับเงินจาก.....X พ.ร.ส.ต. บ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 1 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนวิทยากรตามโครงการแก้ไขปัญหารอคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขต รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรมแกนนำในชุมชน จำนวน 5 ชม.X 300 บาท X 1 วัน เป็นเงิน	1,500.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางปราณี ม.ระอ.) วันที่..... <u>1</u> <u>1๕.๕</u>๖๒.....	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน รวมเงิน	1,500.00 1,500.00

(ลงชื่อ).....๖๐ปี๕๕.....๓๐๑๖๖๖.....ผู้รับเงิน
(.....พ.ศ. ๖๐ปี๕๕.....๓๐๑๖๖๖.....)

(ลงชื่อ).....
(นางปราณี ม.ระอ.).....ผู้จ่ายเงิน


บัตรประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **2 9501 00011 38 0**

ชื่อ นามสกุล น.ส. รอมิยะ ดอละ
 Name Miss Robeeyah
 Last name Doloh
 เกิดวันที่ 1 พ.ค. 2530
 Date of Birth 1 May 1987
 สถานะ โสด
 (Single)

(สูง) 165 ซม. หนัก 2 ต. หุ่นกระเบื้อง
 ส. ก. 44 น. 14 น. 5 ต. 5 ต.
 23 ก.ค. 2558
 วันออกบัตร 23 Jul. 2015
 Date of Issue

30 ส.ค. 2567
 วันหมดอายุ 30 Apr. 2024
 Date of Expiry

9506-03-07231107



BORA-8.3-02




ประเทศไทย
 THAILAND

JT2-0906523-84

สำเนาถูกต้อง
 รอมิยะ ดอละ
 (น.ส. รอมิยะ ดอละ)

ที่บค.....๖...../ 2562

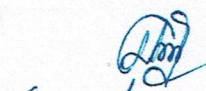
ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....๕.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า ^{๕๕ ๖} กอสม.ค.ล.น.ท. ตรีจิต ไรศรี เลขประจำตัวประชาชน 19098 00396292

อยู่บ้านเลขที่ ๕๐/๐๙ หมู่ที่ ๘ ซ.๐๘/๙ ตำบล นาดใหญ่ อำเภอ นาดใหญ่
จังหวัด ยะลา ได้รับเงินจาก พ.ศ.ต. นวัตกรรม ที่จ.ได้ ดังนี้


รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 2 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนวิทยากรตามโครงการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขต รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรมแกนนำในชุมชน จำนวน 5 ชม. x 300 บาท x 1 วัน เป็นเงิน 1,500.00	1,500.00
จ่ายเงินแล้ว  (กอสม.ค.ล.น.ท.) วันที่ ๕ / ๔ / ๖๒	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 1,500.00
	1,500.00

(ลงชื่อ)ผู้รับเงิน
(นาย กอสม.ค.ล.น.ท.)

(ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน
(นางปาริฉมา มะสะอะ)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **1 9098 00396 29 2**
ชื่อและชื่อสกุล นาย พงศ์สิทธิ์ ตั้งวิจิโรจน์
 Name **Mr. Pongsarn**
 Last name **Tangwitheeroj**
 เกิดวันที่ **26 ต.ค. 2532** 180 180
 Date of Birth **26 Oct. 1989** 170 170
 ศาสนา **พุทธ** 160 160
 ที่อยู่ **35/54 อ.พหลโยธิน ต.พหลโยธิน** 150 150
อ.พหลโยธิน จ.สงขลา
 27 ก.ย. 2561 25 ต.ค. 2569
 วันออกบัตร **27 Sep. 2018** (ภาคีบัตรประชาชน) วันบัตรหมดอายุ **26 Oct. 2028**
 Date of Issue **27 Sep. 2018** (ภาคีบัตรประชาชน) Date of Expiry **26 Oct. 2028**
9098/02-09271398

ตั้งวิจิโรจน์ พงศ์สิทธิ์
นาย พงศ์สิทธิ์ ตั้งวิจิโรจน์
พ.ศ. 2532
พ.ศ. 2569

BORA-10.5-04-2561

ประเทศไทย THAILAND
ME1-152858-42

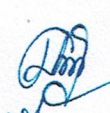
ที่บค.....^A...../ 2562

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ ๓ เดือน เมษายน พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้า พ.ศ. ๖๐ ปี ภรรยา เลขประจำตัวประชาชน 2-9501-00011-38-0
อยู่บ้านเลขที่ 18/5 หมู่ที่ 2 ตำบล บาระ อำเภอ กาบัง
จังหวัด ยะลา ได้รับเงินจาก พ.ส.ต. บ้านคลองน้ำใส ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน		
วันที่ 3 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนวิทยากรตามโครงการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขต รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรมแกนนำในชุมชน จำนวน 5 ชม. X 300 บาท X 1 วัน	เป็นเงิน 1,500.00		
จ่ายเงินแล้ว  (นางปาริณา มะสะอะสะ) วันที่ ๓ / ๔ / ๖๒			
(ตัวอักษร)	เงินหนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน	1,500.00
			1,500.00

(ลงชื่อ) พ.ศ. ๖๐ ปี ภรรยา ผู้รับเงิน
(พ.ศ. ๖๐ ปี ภรรยา)

(ลงชื่อ)  ผู้จ่ายเงิน
(นางปาริณา มะสะอะสะ)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **2 9501 00011 38 0**

ชื่อตัวและชื่อสกุล **น.ส. รอมิยะ ดอเลาะ**
 Name **Miss Robeayah**
 Last name **Doloh**
 เกิดวันที่ **1 พ.ค. 2530**
 Date of Birth **1 May 1987**
 ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 19/5 หมู่ที่ 2 ต.พ่วงกระดังง์ อ.กระดังง์ จ.ยะลา
 23 พ.ค. 2558
 23 Jul. 2015
 30 พ.ค. 2567
 30 Apr. 2024
 (นายก อบจ. ยะลา)

170 170
 160 160
 150 150
 140 140
 130 130
 120 120
 110 110
 100 100
 90 90
 80 80
 70 70
 60 60
 50 50
 40 40
 30 30
 20 20
 10 10
 0 0

2508-03-07231107

BORA-8.3-02


 ประเทศไทย
 THAILAND

JT2-0906523-84

ลานพาดูกกั๋นง
 รอมิยะ : ๗๐๑๖๐
 (น.ส. รอมิยะ ดอเลาะ)


ที่บค.....๖...../ 2562

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า นส.มาต้อม สารี เลขประจำตัวประชาชน 1950 50000 7870
อยู่บ้านเลขที่ 49 หมู่ที่ 4 ตำบล บ้านไร่ อำเภอ บาระ
จังหวัด ยะลา ได้รับเงินจาก รพ.สต. บ้านคลองน้ำใส ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 4 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนวิทยากรตามโครงการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขต รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรมแกนนำในชุมชน จำนวน 5 ชม.X 300 บาท X 1 วัน เป็นเงิน	1,500.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางปาริณา มะสะอะ) วันที่ <u>๙ เม.ย ๖๒</u>	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 1,500.00

(ลงชื่อ) Ok ผู้รับเงิน
(นส.มาต้อม สารี)

(ลงชื่อ) Ok ผู้จ่ายเงิน
(นางปาริณา มะสะอะ)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **1 9505 00007 87 0**

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. มาติกาชัย สาริระ
 Name Miss Matueka
 Last name Sara

เกิดวันที่ 26 ก.ย. 2527
 Date of Birth 26 Sep. 1984

ศาสนา อิสลาม


อายุ 49 หมู่ที่ 4 ต.มาบรี
 อ.ยะลา จ.ยะลา
 24 ก.ย. 2557
 วันออกบัตร 24 Sep. 2014
 Date of Issue

26 ก.ย. 2565
 วันบัตรหมดอายุ 26 Sep. 2022
 Date of Expiry

9505-03-00241143



BORA-16-04



ประเทศไทย
THAILAND

JTO-0826038-03

สำนักรงราชทัณฑ์
 (นางสาวมาติกาชัย สาริระ)


ที่บค.....6...../ 2562

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....๕.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า น.ส. มนต์ทิพย์ สาริ เลขประจำตัวประชาชน 196 060 0007870
อยู่บ้านเลขที่ 49 หมู่ที่ ๕ ตำบล บาระ อำเภอ บาระ
จังหวัด ยะลา ได้รับเงินจาก รพ. สบ มทต๑๑๐ ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 5 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนวิทยากรตามโครงการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขต รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรมแกนนำในชุมชน จำนวน 5 ชม.X 300 บาท X 1 วัน เป็นเงิน 1,500.00	1,500.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางสาวมนต์ทิพย์ สาริ) วันที่..... <u>๕</u> <u>เม.ย</u> <u>๖๒</u>	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 1,500.00

(ลงชื่อ).....De.....ผู้รับเงิน
(นางสาวมนต์ทิพย์ สาริ)

(ลงชื่อ).....De.....ผู้จ่ายเงิน
(นางปาริณา มะสะอะ)

ที่บค.....⁴...../ 2562


ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบวละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา


วันที่.....๑.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า นส. นริศ นริศ เกาะน๊ะมะ เลขประจำตัวประชาชน 3 9901 00293 256

อยู่บ้านเลขที่ 192/1 หมู่ที่ 11 ตำบลบวละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
รพ.สต. มัทศล๑๐๐ ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 5 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำในออกปฏิบัติงานในชุมชน หมู่ที่ 7 ตามโครงการ แก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรม แกนนำในชุมชน จำนวน 1 คน X 100 บาท X 1 วัน เป็นเงิน	100.00
จ่ายเงินแล้ว	
 <u>นางปราณี มะสะอะ</u> <u>ม: ๓๓๐๑</u> วันที่ <u>๑ 1๙.๕ 62</u>	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00

(ลงชื่อ).....นริศ นริศ.....ผู้รับเงิน
(น.ส. นริศ นริศ เกาะน๊ะมะ)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางปราณี มะสะอะ)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน: 3 9501 00283 25 6
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. นุรีชין เลาะหะมะ
 Name Miss Nureesan
 Last name Lohhama
 เกิดวันที่ 3 ก.ย. 2522
 Date of Birth 3 Sep. 1979
 ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 182/1 หมู่ที่ 11 ต.บึงมะ
 อ.กาบัง จ.ยะลา
 14 พ.ย. 2556
 วันออกบัตร
 14 Nov. 2013
 Date of Issue



 2 ก.ย. 2566
 วันบัตรหมดอายุ
 2 Sep. 2022
 Date of Expiry

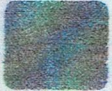
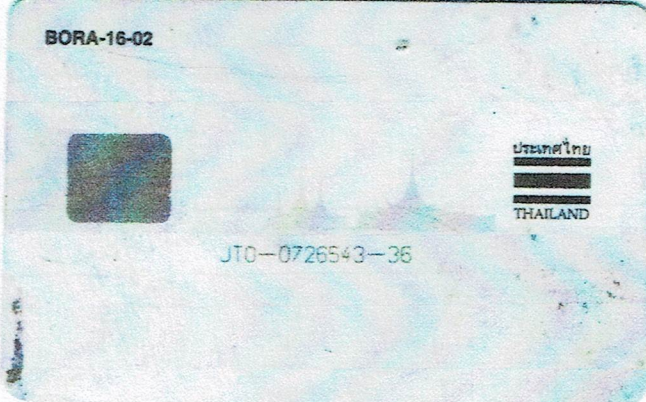
9997-64-11141348

สำเนาถูกต้อง

นุรีชין เลาะหะมะ

(น.ส. นุรีชין เลาะหะมะ)

BORA-16-02



 ประเทศไทย
 THAILAND

JTC-0726543-36


ที่บค.....8...../ 2562

ใบสำคัญรับเงิน


เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบวละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....๕.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า.....น.ส.สุวิทย์ สะมะแอ.....เลขประจำตัวประชาชน.....19๕๐5 ๐๐๐๙๙ ๙4 ๙.....
อยู่บ้านเลขที่.....๔๙/๑๑.....หมู่ที่.....๑๑.....ตำบลบวละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
รพ.สต. บ้านคลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 5 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำในออกปฏิบัติงานในชุมชน หมู่ที่ 2 ตามโครงการ แก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรม แกนนำในชุมชน จำนวน 1 คน X 100 บาท X 1 วัน เป็นเงิน	100.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางปาริณา สะมะแอ) วันที่..... <u>๕ เม.ย ๖๒</u>	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00

(ลงชื่อ).....สุวิทย์.....ผู้รับเงิน
(น.ส.สุวิทย์ สะมะแอ.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางปาริณา สะมะแอ)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **1 9505 00088 94 2**

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. สารีพีระ สระมะแอ
 Name Miss Sareepah
 Last name Sarnae
 เกิดวันที่ 11 ก.พ. 2534
 Date of Birth 11 Feb. 1991
 ศาสนา อิสลาม

อายุ 40/11 หมู่ที่ 11 ต.บึงระ
 อ.กาบัง จ.ยะลา
 8 ก.ค. 2561
 วันออกบัตร 8 Aug. 2018
 Date of Issue

10 ก.พ. 2570
 วันหมดอายุ 10 Feb. 2027
 Date of Expiry

9507-04-00001120




สีแหวนคู่ ก ๓๐๖

สีจีวร

น.ส. สารีพีระ สีผม: ๓๐

BORA-10.5-02-2561



ประเทศไทย
THAILAND

ME1-1228231-86

ที่บค.....9...../ 2562

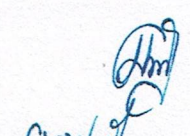
ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบालะ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

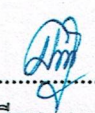
วันที่.....๕.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า.....ศิริพร.....เลขประจำตัวประชาชน.....๘๙๕๐๙๐๐๐๒๙๑๘

อยู่บ้านเลขที่.....๙๑.....หมู่ที่.....๙๑.....ตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส.....ตั้งที่.....

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 5 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำในออกปฏิบัติงานในชุมชน หมู่ที่ 2 ตามโครงการ แก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรม แกนนำในชุมชน จำนวน 1 คน X 100 บาท X 1 วัน เป็นเงิน	100.00
จ่ายเงินแล้ว  ศิริพร อ.ต.อ. วันที่.....๕ เม.ย ๖๒.....	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00
	100.00

(ลงชื่อ).....ศิริพร.....ผู้รับเงิน
(.....๘๙๕๐๙๐๐๐๒๙๑๘.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางปารีณา มะสะอะ)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **2 9507 00002 91 8**
 ชื่อและชื่อสกุล น.ส. สารีนา มะแอ
 Name Miss Sareena
 Last name Ma-air
 เกิดวันที่ 1 พ.ค. 2536
 Date of Birth 1 May 1993
 ศาสนา อิสลาม
 ที่อยู่ 21 หมู่ที่ 21 ต.บาศะ
 อ.กาบัง จ.ยะลา
 14 ก.พ. 2560
 วันออกบัตร
 14-Feb. 2017
 Date of Issue
 (สำหรับ พ.ร.บ. ๒๕๖๐)
 ใช้พนักงานสอบสวน
 30 เม.ย. 2568
 วันบัตรหมดอายุ
 30-Apr. 2026
 Date of Expiry
 9507-02-02141123


สำเนาถูกต้อง

สารีนา

น.ส. สารีนา

๒:๑๐

BORA-9.2-01-2560

 ประเทศไทย
 THAILAND
 MEQ--1102855--65


ที่บค.....¹⁰/ 2562

ใบสำคัญรับเงิน


เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....^๕.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า น.ส. หิองส์ทวนท์ อูซอ.....เลขประจำตัวประชาชน 1-9505 ๐๐๐3๕-7๙-4
อยู่บ้านเลขที่ 110/3 หมู่ที่ ๙ ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
รพ. สต. ม.ท.คลองน้ำใส.....ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 5 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำในออกปฏิบัติงานในชุมชน หมู่ที่ 8 ตามโครงการ แก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรม แกนนำในชุมชน จำนวน 1 คน X 100 บาท X 1 วัน เป็นเงิน	100.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางปรีณา ม.ส.อ.) วันที่..... <u>๕</u> <u>๑๔</u> <u>๖๒</u>	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00
	100.00

(ลงชื่อ) หิองส์ทวนท์ อูซอ.....ผู้รับเงิน
(น.ส. หิองส์ทวนท์ อูซอ)

(ลงชื่อ) .....ผู้จ่ายเงิน
(นางปรีณา มะสะอะ)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9505 00035 78 4

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. นิมาชีเตาะห์ มุซอ
 Name Miss Nimasitoh
 Last name Musor
 เกิดวันที่ 1 ก.ย. 2529
 Date of Birth 1 Sep. 1986
 ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 110/3 หมู่ที่ 7 ต.บึงมะลู
 อ.กาบัง จ.ยะลา
 25 มี.ค. 2562
 วันออกบัตร 26 Jan. 2019
 Date of Issue

วันหมดอายุ 31 ส.ค. 2570
 วันบัตรหมดอายุ 31 Aug. 2027
 Date of Expiry

9507-04-01250956

BORA-10.5-05-2561

ประเทศไทย THAILAND

ME1-1279027-06

นาง/นางสาว นิมิตต์
 นิมิตต์/นางสาว
 (นางสาว นิมิตต์/นางสาว นิมิตต์)

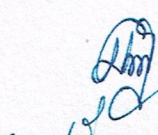
ที่บค.....11...../ 2562

ใบสำคัญรับเงิน


เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ ๑๑ เดือน เมษายน พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้า นาง มารีษา คินตง เลขประจำตัวประชาชน 3-94๐1-๐๐344-42-5
อยู่บ้านเลขที่ 113/1 หมู่ที่ 7 ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
พ.ส.ต. ม.ทค๑๐๐ที่ ๑๑ ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 5 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำในออกปฏิบัติงานในชุมชน หมู่ที่ 8 ตามโครงการ แก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรม แกนนำในชุมชน จำนวน 1 คน X 100 บาท X 1 วัน เป็นเงิน	100.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางมารีษา คินตง) วันที่ ๑๑ เม.ย ๖๒	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00
	100.00

(ลงชื่อ) มารีษา ผู้รับเงิน
(นาง มารีษา คินตง)

(ลงชื่อ)  ผู้จ่ายเงิน
(นางปาริณา มะสะอะ)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 9401 00344 42 5**


ชื่อและชื่อสกุล **นาง มารีย์เยษฐ์ จินตารา**
 Name **Mrs. Mareeyah**
 Last name **Chintara**
 เกิดวันที่ **23 ก.พ. 2522**
 Date of Birth **23 Feb. 1979**
 สถานะ **โสด**

ที่อยู่ **113/1 หมู่ที่ 7 ต.บึงคระ**
อ.กาบัง จ.ยะลา
 14 มี.ค. 2559 **วันที่ออกบัตร** 22 ก.พ. 2565 **วันหมดอายุ**
 14 Mar. 2016 **วันที่ออกบัตร** 22 Feb. 2025 **วันหมดอายุ**
 Date of Issue **วันที่ออกบัตร** Date of Expiry **9607-03-03161028**

สำเนาถูกต้อง
 มารีย์เยษฐ์

(นาง มารีย์เยษฐ์ จินตารา)

BORA-7.2-01-2559

THAILAND
JT3-0997701-21

ที่บค.....12...../ 2562

ใบสำคัญรับเงิน


เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่ ๕ เดือน เมษายน พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้า นาย แอเชา มูนิ เลขประจำตัวประชาชน 1950500016089
อยู่บ้านเลขที่ 14/3 หมู่ที่ 7 ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
รพ.สต. บ้านคลองน้ำใส ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 5 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำในออกปฏิบัติงานในชุมชน หมู่ที่ 8 ตามโครงการ แก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรม แกนนำในชุมชน จำนวน 1 คน X 100 บาท X 1 วัน เป็นเงิน	100.00
	100.00
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00

จ่ายเงินแล้ว


นางสาว อ.ส.อ.
วันที่ ๕ เม.ย ๖๒

(ลงชื่อ) นาย แอเชา มูนิ ผู้รับเงิน
(นาง แอเชา มูนิ)

(ลงชื่อ)  ผู้จ่ายเงิน
(นางปาริณา มะสะอะ)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9505 00016 08 9

ชื่อและชื่อสกุล นาง แอเชาะ มุนี
 Name Mrs. Ae-soh
 Last name Munah
 เกิดวันที่ 3 ก.ย. 2528
 Date of Birth 3 Sep. 1985
 ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 16/3 หมู่ที่ 7 ต.บึงระ
 อ.กาบัง จ.ยะลา
 20 ก.ย. 2559
 วันออกบัตร 20 Sep. 2016
 Date of Issue


 (ผู้ถือบัตรประชาชน)
 เจ้าหน้าที่ออกบัตร

2 ก.ย. 2565
 วันบัตรหมดอายุ 2 Sep. 2026
 Date of Expiry


 150 150
 140 140
 130 130

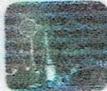


9505-03-09201062

ชื่อและชื่อสกุล

แอเชาะ มุนี

(นาง แอเชาะ มุนี)

BORA-7.2-06-2559




 ประเทศไทย
 THAILAND

JT3-1058272-01

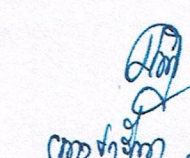
ที่บค.....๒ / 2562

ใบสำคัญรับเงิน


เขียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองน้ำใส
ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วันที่.....๒.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า น.ส. จิราพร ชุมเพชร เลขประจำตัวประชาชน 9-9505-00033-74-9
อยู่บ้านเลขที่ 126/3 หมู่ที่ 2 ตำบลบาระ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ได้รับเงินจาก
ภ.ส.ต. มาทตดอยทิว ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
วันที่ 5 เมษายน 2562 - ค่าตอบแทนสำหรับแกนนำในออกปฏิบัติงานในชุมชน หมู่ที่ 11 ตามโครงการ แก้ไขปัญหาโรคฟันผุ ในเด็ก 0-5 ปี ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส ปี 2562 กิจกรรม พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยการจัดอบรม แกนนำในชุมชน จำนวน 1 คน X 100 บาท X 1 วัน เป็นเงิน	100.00
จ่ายเงินแล้ว  (นางปาริณา มะสะอะ) วันที่.....5 เม.ย. 2562.....	
(ตัวอักษร) เงินหนึ่งร้อยบาทถ้วน	รวมเงิน 100.00
	100.00

(ลงชื่อ).....จิราพร ชุมเพชร.....ผู้รับเงิน
(น.ส. จิราพร ชุมเพชร)

(ลงชื่อ).....
(นางปาริณา มะสะอะ).....ผู้จ่ายเงิน



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **1 9505 00033 74 9**
 ชื่อและชื่อสกุล น.ส. จีราพร ชุมเพชร
 Name Miss Jiraporn
 Last name Chumpeth
 เกิดวันที่ 12 พ.ค. 2529
 Date of Birth 12 May 1986
 ต.บ้านนา พนม
 ตำบล 126/3 หมู่ที่ 2 ต.บ้านนา
 อ.กมิ่ง จ.ระยอง
 7 มี.ค. 2555
 วันออกบัตร
 7 Mar. 2012
 Date of Issue

 11 พ.ค. 2564
 วันหมดอายุ
 11 May 2021
 Date of Expiry
 9507-02-00070020

สำเนาถูกต้อง

จีราพร ชุมเพชร

น.ส. จีราพร ชุมเพชร

BORA-26-06

 ประเทศไทย
 THAILAND
 JC1-0593077-93