

สรุปโครงการลูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุด  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ  
อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา



จัดทำโดย

นางสาวชวัลลา มะตาหยง

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน

สนับสนุนงบประมาณโดย : กองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลบาละ

แบบสรุปรายงานการใช้เงิน

ชื่อโครงการ...โครงการรูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี๒๕๖๒.....

ปีงบประมาณ 2562

สรุปการใช้เงินในกิจกรรม

รุ่นที่1..วันที่...3 กรกฎาคม 2562.....สถานที่...โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ.....  
 รุ่นที่2..วันที่...5 กรกฎาคม 2562.....สถานที่...โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ.....

1.หมวดค่าตอบแทน.....	บาท
1.1 วิทยากร.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
1.2 เจ้าหน้าที่ช่วยจัดการประชุม.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
1.3 ค่าติดตาม..... 2,400.-.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
2.หมวดค่าจ้าง.....	บาท
2.1 ค่าจ้างทำไวนิล..... 3,000.-.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
2.2 ค่าจ้างทำแผ่นพับ.. 2,400.-.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
3.หมวดค่าใช้จ่าย.....	บาท
3.1 ค่าที่พัก.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
3.2 ค่าอาหาร..... 12,000.-.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
3.3ค่าห้องประชุม.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
3.4 ค่าถ่ายเอกสาร.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
3.5 ค่าเดินทาง.....	บาท
3.6 ค่าเช่ารถ.....	บาท ภาษี หัก ณ ที่จ่าย..... บาท
3.7 ค่าน้ำมันรถ.....	บาท
3.8 อื่นๆ ระบุ.....	บาท
4.หมวดค่าวัสดุ.....	บาท
5.หมวดค่าสาธารณูปโภค.....	บาท
5.1 ค่าส่งไปรษณีย์.....	บาท
5.2 ค่าโทรศัพท์.....	บาท
6.หมวดอื่นๆ(ค่าเปิดบัญชีโครงการ).....	บาท
รวม.....	19,800.-..... บาท
	(.....เงินหนึ่งหมื่นเก้าพันแปดร้อยบาทถ้วน.....)

หมายเหตุ.....



ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับ

งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/  
โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการรณรงค์สุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี ๒๕๖๒

๑. ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงาน พบว่า มีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการครั้งนี้จำนวน ๑๒๐ คน ได้แก่ผู้ปกครอง  
เด็กที่ปฏิเสธวัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ แกนนำอสม. ซึ่งได้ทำกิจกรรมดังนี้

- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันป้องกันโรค

๑.๑ การให้ความรู้เรื่องวัคซีนแต่ละอย่างของวัคซีน และที่มาของการสกัดของวัคซีนในประเทศ

๑.๒ ให้ความรู้ในเรื่องผลดี ผลเสีย ของการได้รับวัคซีน

๑.๓ จัดกิจกรรมกลุ่มระดมความคิดเห็นเหตุผลที่ผู้ปกครองไม่มารับวัคซีนตามนัด

๑.๔สรุปความสำคัญของวัคซีนและผลตามมาของการป้องกันโรคด้วยวัคซีน

ทั้งนี้จากการอบรมให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวสรุปใจความสำคัญของการนำบุตรหลานมาฉีด  
วัคซีนดังต่อไปนี้

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานวัคซีน

๑. ผู้ปกครองเด็กไม่พาเด็กมารับวัคซีน(ไม่ยินยอมให้รับวัคซีน)
๒. กลุ่มเป้าหมายมีการย้ายออกนอกพื้นที่ หรือย้ายเข้าพื้นที่บริการ (กลุ่มเป้าหมายไม่คงที่)
๓. เวลามารับวัคซีนกลับไปเด็กมีไข้ เป็นภาระของพ่อแม่ในการประกอบอาชีพทำมาหากิน
๔. ขาดการประสานงานกันในพื้นที่ ขาดความต่อเนื่องในการตรวจสอบจำนวนเด็กและติดตาม  
เด็กให้มารับวัคซีน
๕. ผู้ปกครองเด็กบางคนไม่สะดวกในการพานบุตรหลานมารับบริการวัคซีน
  - พื้นที่บางที่ ห่างไกล ทำให้การเดินทางไม่สะดวก
  - บุตรหลานอาศัยอยู่กับตา ยาย ทำให้ไม่สามารถพามารับบริการวัคซีนได้

๖. ผู้ปกครองเด็กบางรายยังมีความเชื่อที่ผิด

- ฉีดยาแล้วทำให้ลูกเดินไม่ได้
- วัคซีนไม่ฮาลาล สกัดมาจากหมู เป็นต้น

ความคาดหวัง/โอกาสพัฒนา

๑. ประชาสัมพันธ์แจ้งรายชื่อเด็กที่ไม่มาฉีดวัคซีนผ่านหอกระจายข่าว/มัลลิตในสัปดาห์แรกของเดือน

๒. มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครองเด็กในเขตรับผิดชอบทุกหลังคาเรือน

๓. ติดตามการเก็บข้อมูลเด็กที่มารับวัคซีนอย่างต่อเนื่องรวมทั้งความพึงพอใจในระบบบริการของผู้ปกครองเด็ก

๔. จัดให้มีแบบอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนในปีละครั้ง เพราะทุกๆปีจะมีวัคซีนใหม่ๆและมีการพัฒนาวัคซีน เพิ่มขึ้นมาตลอด

๕. แจกเอกสารแผ่นพับเรื่องโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน แก่ผู้ปกครองของเด็กวัย ๐-๕ ปี ที่พาบุตรมารับวัคซีนในคลินิกวัคซีน เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ปกครองเกิดความตระหนักและนำบุตรมารับวัคซีนตามนัดต่อไป

๖. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกหมู่บ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ปกครองของเด็กวัย ๐-๕ ปี และติดตามฉีดวัคซีนในรายที่ไม่มารับวัคซีนตามนัด เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลกระทบร้ายแรงที่เกิดจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และออกให้บริการวัคซีนแก่กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มบ้าน

**กรณีเพิ่มเติม:** กิจกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ

๗. การสร้างแรงจูงใจในการรับวัคซีนเด็กได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์มาตรฐานโดยแจกของเล่นของที่ระลึก เสริมพัฒนาการเมื่อเด็กมารับวัคซีนครบตามเกณฑ์ คือ

- อายุ ๑ ปี ได้รับวัคซีนบีซีจี, ตับบักเสบ เข็มที่๑-๓, ดีพีที-โอพีวีเข็มที่๑-๓ และหัด
- อายุ ๒ ปี ได้รับวัคซีนบีซีจี, ตับบักเสบ เข็มที่๑-๓, ดีพีที-โอพีวีเข็มที่๑-๔, หัดและ JE เข็มที่ ๑-๒
- อายุ ๓ ปี ได้รับวัคซีนบีซีจี, ตับบักเสบ เข็มที่๑-๓, ดีพีที-โอพีวีเข็มที่๑-๔, หัดและ JE เข็มที่ ๑-๓
- อายุ ๕ ปี ได้รับวัคซีนบีซีจี, ตับบักเสบ เข็มที่๑-๓, ดีพีที-โอพีวีเข็มที่๑-๕, หัดและ JE เข็มที่ ๑-๓
- ในกรณีผู้ปกครองเด็กผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (วัคซีน) แล้วยังปฏิเสธการรับบริการวัคซีนและไม่รับวัคซีน ให้เซ็นหนังสือไม่ยินยอมรับบริการวัคซีน

## ๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

### ๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์  
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

.....  
.....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .....๑๒๐..... คน

## ๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

- งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๑๙,๘๐๐..... บาท  
งบประมาณเบิกจ่ายจริง..... ๑๙,๘๐๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....๑๐๐.....  
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ.....-..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....-.....

## ๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี  
 มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

- กลุ่มเป้าหมายบางท่านไม่มาเข้าร่วมการอบรมในวัน เวลาที่กำหนด
- กลุ่มเป้าหมายบางท่านได้ผ่านการอบรมแล้ว แต่ยังไม่ให้ความร่วมมือในการนำบุตรหลานมารับบริการวัคซีน

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

- ให้อสม.ไปตามถึงบ้านให้มาเข้าร่วมอบรมในวันจัดโครงการ
- ในกรณีที่ปฏิเสธวัคซีน ให้ผู้ปกครองเด็กเซ็นหนังสือไม่ยินยอม(การปฏิเสธรับวัคซีน)

ลงชื่อ..... .....ผู้รายงาน

(นางสาวชวัลลา มะตาหยง)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....๑๒ กันยายน ๖๒.....

- สำเนาเอกสารการจัดจ้างไวเนล / แผนพับตาม  
ตามโครงการรูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี๒๕๖๒



เล่มที่ 28

บิลเงินสด

№ 25

ธุรกิจโฆษณา

เลขที่ 65 ถนนผังเมือง 4 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000

โทร 080-7022076

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1959800035591

วันที่ 13 เดือน กันยายน พ.ศ. 2562

นาม ส.พ.ส.ท. 21P

ที่อยู่ 9 ต. ม.ร. 0 ม.ร. 171 95120

จำนวน	รายการ	@	จำนวนเงิน	
			บาท	สต.
	ตามใบสั่ง 12 12 พฤศจิกายน			
	รวมเงิน		3,000	
<b>จ่ายเงินแล้ว</b> / ผอ.สาขาเขต ทอ.ย.ส.ท.			2	
(นางสาวชลิษา มะตาหยง)				
รวมเงิน			3,000	

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

บิลเงินสดนี้จัดทำขึ้นโดยระบบคอมพิวเตอร์อัตโนมัติ เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2562

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวชลิษา มะตาหยง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน



จัดจ้างทำไวนิลป้ายโครงการขนาด ๑\*๒ เมตร  
จำนวน ๑ รายการ  
จำนวน ๖ ป้าย

ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ  
กรมควบคุมโรค  
กระทรวงสาธารณสุข

**เพื่อระวังโรคคอตีบ**

**ไข้, เจ็บคอ มีฝ้าขาวในช่องคอ  
ให้สงสัยโรคคอตีบรีบไปพบแพทย์**

โรคคอตีบทำให้เจ็บป่วยด้วยไข้ เจ็บคอ และมีฝ้าขาวในลำคอ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การอุดตันของทางเดินหายใจ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เส้นประสาทอักเสบ และอาจทำให้เสียชีวิตได้

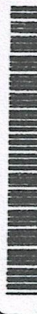
**การป้องกัน :** เด็กควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบเมื่ออายุ 2 เดือน, 4 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี ครั้ง อายุ 4 ขวบ และกระตุ้นเมื่ออายุ 7 ปี (ป.1) และ 12 ปี (ป.6) ต้องฉีดให้ครบ 7 ครั้ง

สนับสนุนโดย...กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าองค์การบริหารส่วนตำบลบวลา



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9598 00035 59 1

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย อัครกาชากร สามะเต๊ะ



Name Mr. Aikausar  
 Last name Samateh  
 เกิดวันที่ 16 พ.ย. 2529  
 Date of Birth 16 Nov. 1986



ศาสนา อิสลาม  
 ที่อยู่ 36/2 ถ.กานเปะกอดด 1 ต.เบตง

อ.เบตง จ.ยะลา

28 ม.ค. 2561

วันออกบัตร

28 Jan 2018

Date of issue



(นาย อัครกาชากร สามะเต๊ะ)  
 เจ้าพนักงานออกบัตร

15 พ.ย. 2569

วันบัตรหมดอายุ

15 Nov. 2026

Date of Expiry

9598-03-01281338

*Handwritten notes:*  
 น้า/แม่ยก  
 อัครกาชากร สามะเต๊ะ  
 16/11/2529

BORA-2.0-01-2560



ME0-1190812-00

ประเทศไทย  
 THAILAND

**สำเนาถูกต้อง**

*Handwritten signature:*  
 (นางสาว อรุณษา มะลาหยง)  
 เจ้าพนักงานสารบรรณชำนาญการ

เล่มที่ 12

ใบส่งของ

№ 34

รสุกี้โฆษณา

เลขที่ 65 ถนนผังเมือง 4 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000

โทร 080-7022076

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1959800035591

วันที่ 2 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562

นาม ร.จ.ส.ต. ม.ย.

ที่อยู่ ๑ ต.บ.อ. อ.ท.ย. อ.น.ว. ๙๕12๐

จำนวน	รายการ	@	จำนวนเงิน	
			บาท	สต.
480	จัดตั้งกำแพงหน้าบ้านของพ่อตออยู่ ถนนโรงเรียนยูงค้ำกั้นวิเศษ โรงเรียน	5	2400	
สองพันสี่ร้อยบาท			รวมเงิน	2,400

ลงชื่อ ด.จ. ผู้รับของ

ลงชื่อ [Signature] ผู้ส่งของ

สำเนาถูกต้อง

[Signature]

(นางสาวซัลวาชา มะตาหยง)  
เจ้าพนักงานสารณสุขชำนาญงาน



จัดจ้างทำแผ่นพับเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (กระดาดขาว)



ชื่อโรค	การเกิดโรค	การติดต่อ	อาการข้างเคียงหลังฉีด	การดูแลหลังรับวัคซีน
โปลิโอ	เป็นโรคติดต่อไวรัส ทำให้อัตตาบอดลง คอแข็งหรืออัมพาตครึ่งซีก	การติดต่อ ไอ จาม ไอ จาม ชุบคุ้ยกัน ไอ จาม	บวมแดง มีผลเป็นบริเวณที่ฉีด วัคซีนอ่อนตัว ไทรอยด์และ บาดทะยัก ผสมอยู่ในเข็มฉีดยา	ห้ามใช้ไม้ที่ตอกปากและขวด ห้ามใช้ขวดยาน้ำดื่มหรือถ้วยดื่ม ห้ามอาบน้ำ สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการผิดปกติรีบแจ้งแพทย์ สังเกตอาการผิดปกติ -เด็กที่มีไข้ -เด็กกำลังมีไข้
หัด	เป็นไขออกคัน บางรายมีโรคแทรกทำให้เสียชีวิตได้	การติดต่อ วิธีที่ปลอดภัยที่สุดคือ เชื้อจากขี้ปากถ่ายออกมา ดูระยะของคนที่ป่วย โรคติดต่อสูดอีกคนหนึ่ง โดยผ่านทางปาก	การบวมแดง -บวมแดงบริเวณที่ฉีด -บวมแดงมีไข้ หูดหัด โรคแทรก เช่น -การติดเชื้อคออักเสบ -วิธีที่ปลอดภัยที่สุดคือ เชื้อจากขี้ปากถ่ายออกมา ดูระยะของคนที่ป่วย โรคติดต่อสูดอีกคนหนึ่ง โดยผ่านทางปาก	ส่วนใหญ่มิใช่ค่า บางรายมีผื่นบางๆ ส่วนน้อยจะมีไข้สูง เช็ดตัวลดไข้บ่อยๆ สัมผัสอากาศ ถ่ายอุจจาระให้สะอาด ใช้ตามแพทย์สั่ง ให้กินยาตามแพทย์สั่ง อย่าสัมผัสกับผู้อื่นที่ป่วยหรือ เวลาใช้สูง หรือ เด็กที่มีไข้สูง อย่าไปโรงเรียน
คอตีบ	ทำให้หลอดลมตีบ หายใจไม่ออกถึงเสียชีวิต	การติดต่อ ไอ จาม ไอ จาม ชุบคุ้ยกัน ไอ จาม	บวมแดง มีผลเป็นบริเวณที่ฉีด วัคซีนอ่อนตัว ไทรอยด์และ บาดทะยัก ผสมอยู่ในเข็มฉีดยา	ห้ามใช้ไม้ที่ตอกปากและขวด ห้ามใช้ขวดยาน้ำดื่มหรือถ้วยดื่ม ห้ามอาบน้ำ สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการผิดปกติรีบแจ้งแพทย์ สังเกตอาการผิดปกติ -เด็กที่มีไข้ -เด็กกำลังมีไข้
คอตีบ	ทำให้หลอดลมตีบ หายใจไม่ออกถึงเสียชีวิต	การติดต่อ ไอ จาม ไอ จาม ชุบคุ้ยกัน ไอ จาม	บวมแดง มีผลเป็นบริเวณที่ฉีด วัคซีนอ่อนตัว ไทรอยด์และ บาดทะยัก ผสมอยู่ในเข็มฉีดยา	ห้ามใช้ไม้ที่ตอกปากและขวด ห้ามใช้ขวดยาน้ำดื่มหรือถ้วยดื่ม ห้ามอาบน้ำ สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการผิดปกติรีบแจ้งแพทย์ สังเกตอาการผิดปกติ -เด็กที่มีไข้ -เด็กกำลังมีไข้
คอตีบ	ทำให้หลอดลมตีบ หายใจไม่ออกถึงเสียชีวิต	การติดต่อ ไอ จาม ไอ จาม ชุบคุ้ยกัน ไอ จาม	บวมแดง มีผลเป็นบริเวณที่ฉีด วัคซีนอ่อนตัว ไทรอยด์และ บาดทะยัก ผสมอยู่ในเข็มฉีดยา	ห้ามใช้ไม้ที่ตอกปากและขวด ห้ามใช้ขวดยาน้ำดื่มหรือถ้วยดื่ม ห้ามอาบน้ำ สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการผิดปกติรีบแจ้งแพทย์ สังเกตอาการผิดปกติ -เด็กที่มีไข้ -เด็กกำลังมีไข้
คอตีบ	ทำให้หลอดลมตีบ หายใจไม่ออกถึงเสียชีวิต	การติดต่อ ไอ จาม ไอ จาม ชุบคุ้ยกัน ไอ จาม	บวมแดง มีผลเป็นบริเวณที่ฉีด วัคซีนอ่อนตัว ไทรอยด์และ บาดทะยัก ผสมอยู่ในเข็มฉีดยา	ห้ามใช้ไม้ที่ตอกปากและขวด ห้ามใช้ขวดยาน้ำดื่มหรือถ้วยดื่ม ห้ามอาบน้ำ สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการผิดปกติรีบแจ้งแพทย์ สังเกตอาการผิดปกติ -เด็กที่มีไข้ -เด็กกำลังมีไข้
คอตีบ	ทำให้หลอดลมตีบ หายใจไม่ออกถึงเสียชีวิต	การติดต่อ ไอ จาม ไอ จาม ชุบคุ้ยกัน ไอ จาม	บวมแดง มีผลเป็นบริเวณที่ฉีด วัคซีนอ่อนตัว ไทรอยด์และ บาดทะยัก ผสมอยู่ในเข็มฉีดยา	ห้ามใช้ไม้ที่ตอกปากและขวด ห้ามใช้ขวดยาน้ำดื่มหรือถ้วยดื่ม ห้ามอาบน้ำ สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการผิดปกติรีบแจ้งแพทย์ สังเกตอาการผิดปกติ -เด็กที่มีไข้ -เด็กกำลังมีไข้

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวชัชวาลาภา งามหาญ)

เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 1 9598 00035 59 1  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย อัลกาวัสาร์ สามะเต๊ะ



Name Mr. Aikausar

Last name Samateh

เกิดวันที่ 16 พ.ย. 2529

Date of Birth 16 Nov. 1986

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 36/2 ถ.กานประภคต 1 ต.เบตง

อ.เบตง จ.ยะลา

28 ม.ค. 2561

วันออกบัตร

28 Jan. 2018

Date of Issue



วันหมดอายุ

(การถือสัญชาติไทย)

สำนักงานเขตเบตง

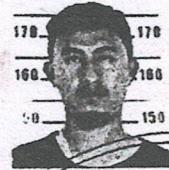
15 พ.ย. 2569

วันบัตรหมดอายุ

15 Nov. 2028

Date of Expiry

180 \_\_\_\_\_ 180  
170 \_\_\_\_\_ 170  
160 \_\_\_\_\_ 160  
50 \_\_\_\_\_ 150



9598-03-01281338

*Handwritten notes:*  
ชื่อ อัลกาวัสาร์ สามะเต๊ะ  
ชื่อสกุล สามะเต๊ะ  
ชื่อตัว อัลกาวัสาร์

BORA-2.0-01-2560



ME0-1190812-00

ประเทศไทย  
THAILAND

**สำเนาถูกต้อง**

*Handwritten signature:* ชย  
(นางสาวชยวิภา ณะตาทอง)  
เจ้าพนักงานสารบรรณสุขชำนาญงาน

- สำเนาเอกสารกิจกรรมแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายให้มารับบริการ  
วัคซีนตามเกณฑ์ ตามโครงการลดน้อยสูญภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุด ปี  
๒๕๖๒

แบบลงชื่อปฏิบัติงาน แกนนำในการติดตามเด็กตามโครงการลูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี2562

ประจำเดือน .....มิถุนายน...พ.ศ. 2562

ชื่อสถานบริการ.....รพ.สต.บालะ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด...ยะลา.....

จำนวน แกนนำ ทั้งหมด.....12..... คน

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	วัน/เดือน/ปี วันที่จัดกิจกรรม /ปฏิบัติงาน
1	นางรอรานา เจะเฮง	302 ม.1 ต.บาละ	17 มิถุนายน 2562
2	นางเกษร ศรีสุข	76/2 ม.1 ต.บาละ	17 มิถุนายน 2562
3	นางสุนีย์ เพ็ชรพิมล	4 ม.3 ต.บาละ	18 มิถุนายน 2562
4	นางนันทา หมวกชุมบก	1/1 ม.3 ต.บาละ	18 มิถุนายน 2562
5	นางดีหะวอ เมาะอะ	21/1 ม.4 ต.บาละ	19 มิถุนายน 2562
6	นางปริม ไชยสิทธิ์	8 ม.4 ต.บาละ	19 มิถุนายน 2562
7	นางแวแยะ ปายีแม่เราะ	207 ม.5 ต.บาละ	24 มิถุนายน 2562
8	นางนุรีซัน สาอุ	330 ม. 5 ต.บาละ	24 มิถุนายน 2562
9	นางขวัญใจ พรหมขอสี	61 ม.9 ต.บาละ	25 มิถุนายน 2562
10	นางชนิดา ศรีเศวต	106 ม.9 ต.บาละ	25 มิถุนายน 2562
11	นางพิมพ์กา คงพันธ์	79/2 ม.10 ต.บาละ	28 มิถุนายน 2562
12	นางครุณี ราแดง	58 ม. 10 ต.บาละ	28 มิถุนายน 2562

สำเนาถูกต้อง

ชฎ  
(นางสาวซัลวาชา มะตาหยง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน



แบบลงชื่อปฏิบัติงาน แขนงนำในการติดตามเด็กตามโครงการรูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี2562

ประจำเดือน .....กรกฎาคม.....พ.ศ. 2562

ชื่อสถานบริการ.....รพ.สต.บालะ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด...ยะลา.....

จำนวน แขนงนำ ทั้งหมด.....12..... คน

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	วัน/เดือน/ปี วันที่จัดกิจกรรม /ปฏิบัติงาน
1	นางรอฮานา เจะเฮง	302 ม.1 ต.บาละ	10 กรกฎาคม 2562
2	นางเกษร ศรีสุข	76/2 ม.1 ต.บาละ	10 กรกฎาคม 2562
3	นางสุนีย์ เพ็ชรพิมล	4 ม.3 ต.บาละ	12 กรกฎาคม 2562
4	นางนันทา หมวกชุมบก	1/1 ม.3 ต.บาละ	12 กรกฎาคม 2562
5	นางตีหะวอ เมาะอะ	21/1 ม.4 ต.บาละ	15 กรกฎาคม 2562
6	นางปริม ไชยสิทธิ์	8 ม.4 ต.บาละ	15 กรกฎาคม 2562
7	นางแวแยะ ปายีแมเราะ	207 ม.5 ต.บาละ	19 กรกฎาคม 2562
8	นางนุรีซัน สาอู	330 ม. 5 ต.บาละ	19 กรกฎาคม 2562
9	นางขวัญใจ พรหมขอสี	61 ม.9 ต.บาละ	22 กรกฎาคม 2562
10	นางชนิดา ศรีเศวต	106 ม.9 ต.บาละ	22 กรกฎาคม 2562
11	นางพิมพ์กา คงพัน	79/2 ม.10 ต.บาละ	24 กรกฎาคม 2562
12	นางดรุณี ราแดง	58 ม. 10 ต.บาละ	24 กรกฎาคม 2562

ณัฐบิณฑนุ

(นางสาวชลลามาษา มะตาหยง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

แบบลงชื่อปฏิบัติงาน แคนนำในการติดตามติดตามโครงการถูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุด 2562  
 ชื่อสถานบริการ.....รพ.สต.บาละ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด.....ยะลา.....

จำนวน แคนนำ ทั้งหมด.....12..... คน

ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	วันที่จัดกิจกรรม /ปฏิบัติงาน			
		ครั้งที่	ลายมือชื่อ	ครั้งที่	ลายมือชื่อ
นางรอฮานา เจะเฮง	302 ม.1 ต.บาละ	17 มิถุนายน 2562	<i>รอฮานา</i>	8 กรกฎาคม 2562	<i>รอฮานา</i>
นางสุภา ทองโรย	234 ม.1 ต.บาละ	17 มิถุนายน 2562	<i>สุภา</i>	8 กรกฎาคม 2562	<i>สุภา</i>
นางอุบล ช้องชะนิล	102 ม.3 ต.บาละ	18 มิถุนายน 2562	<i>อุบล</i>	10 กรกฎาคม 2562	<i>อุบล</i>
นางพรรณภรณ์ วงศ์เอี่ยม	21/1 ม.3 ต.บาละ	18 มิถุนายน 2562	<i>พรรณภรณ์</i>	10 กรกฎาคม 2562	<i>พรรณภรณ์</i>
นางดีท้าว เมาะอะ	21/1 ม.4 ต.บาละ	19 มิถุนายน 2562	<i>ดีท้าว</i>	12 กรกฎาคม 2562	<i>ดีท้าว</i>
นางคอดีเยาะ ลาเต๊ะ	135 ม.4 ต.บาละ	19 มิถุนายน 2562	<i>คอดีเยาะ ลาเต๊ะ</i>	12 กรกฎาคม 2562	<i>คอดีเยาะ ลาเต๊ะ</i>
นางสาวรอฮานา มากะ	163 ม.5 ต.บาละ	24 มิถุนายน 2562	<i>Sau</i>	19 กรกฎาคม 2562	<i>Sau</i>
นางอุตนิรา โละซา	117 ม. 5 ต.บาละ	24 มิถุนายน 2562	<i>อุตนิรา</i>	19 กรกฎาคม 2562	<i>อุตนิรา</i>
นางขวัญใจ พรหมขอสี	61 ม.9 ต.บาละ	25 มิถุนายน 2562	<i>ขวัญใจ</i>	22 กรกฎาคม 2562	<i>ขวัญใจ</i>
นางสาวจารุณี เอกกุล	108 ม.9 ต.บาละ	25 มิถุนายน 2562	<i>จารุณี</i>	22 กรกฎาคม 2562	<i>จารุณี</i>
นางพิมพ์ภา คงพัน	79/2 ม.10 ต.บาละ	28 มิถุนายน 2562	<i>พิมพ์ภา</i>	24 กรกฎาคม 2562	<i>พิมพ์ภา</i>
นางสาวนาปีสะห์ เจ๊ะเลาะ	106 ม. 10 ต.บาละ	28 มิถุนายน 2562	<i>นาปีสะห์</i>	24 กรกฎาคม 2562	<i>นาปีสะห์</i>

ลงชื่อ.....*[Signature]*.....เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน  
 (.....นางสาวชลิตรานี มะตาหยง.....)  
 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน

ลงชื่อ.....*[Signature]*.....ผู้รับรองการปฏิบัติงาน  
 (นางมนต์ลา พรธรรมงาม)  
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ

**สำนักงานเขต**  
 (นางสาวชลิตรานี มะตาหยง)  
 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน

ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บालะ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2562

ข้าพเจ้า...นส.สุจิตา.....ทองโรจน์.....  
 ตำบล.....บาละ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด.....ยะลา.....  
 บ้านเลขที่...224 หมู่ที่...1.....  
 ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนตามโครงการลดน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท  <div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">จ่ายเงินแล้ว</div> <div style="text-align: center;">Nca-</div> <div style="text-align: center;">(นางสาวศุภาพิงา ทอวิเศษ)</div>	เป็นเงิน 200	
รวมเป็นเงิน	200	

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ).....สุจิตา.....ผู้รับเงิน  
 (...นส.สุจิตา.....ทองโรจน์.....)

(ลงชื่อ).....Nca-.....ผู้จ่ายเงิน  
 (...นางสาวศุภาพิงา...ทอวิเศษ...)

**สำเนาถูกต้อง**

(นางสาวศุภาพิงา มระดาหยง)  
 ๒๕๖๒-๐๕-๒๕  
 ๒๕๖๒-๐๕-๒๕  
 ๒๕๖๒-๐๕-๒๕

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 Identification Number 1 9799 00055 45 9

**ชื่อ นามสกุล** น.ส. สุดา ทองโรย  
**Name** Miss Suda  
**Last name** Thongroi  
**เกิดวันที่** 9 ก.ย. 2528  
**Date of Birth** 9 Sep. 1985

**ชื่อ** สุดา นามสกุล ทองโรย  
**ชื่อ** SUDA NAMSAKUL THONGROI  
**ชื่อ** SUDA NAMSAKUL THONGROI  
**ชื่อ** SUDA NAMSAKUL THONGROI

**18 ก.ย. 2563**  
**18 Aug. 2012 (อายุผู้ถือบัตรประชาชน)**  
**Date of Issue** กระทรวงมหาดไทย

**3 ก.ย. 2543**  
**3 Sep. 2020**  
**Date of Expiry**



**BORA-26-06**



**ประเทศไทย**  
  
**THAILAND**

601-6502301-21

ส.ก.ทองโรย  
 จ.จ.  
 (หลัง จ.จ.ทองโรย)

**สำเนาถูกต้อง**

(นางสาวชลิตรดา มงศาหยง)  
 เจ้าหน้าที่งานสารบรรณสุขขำนาญงาน

ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บालะ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2562

ข้าพเจ้า...นางสาว รุ่งอรุณ... ๕๖๖ ๕๖๖

บ้านเลขที่ 3๕๕ หมู่ที่ 1

ตำบล.....บาละ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด.....ยะลา.....

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนตามโครงการลูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท เป็นเงิน	200	
<b>จ่ายเงินแล้ว</b> No- (นางสาวณัฏฐา ทองวิเศษ)		
รวมเป็นเงิน	200	

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ).....นางสาว รุ่งอรุณ.....ผู้รับเงิน  
(นางสาว รุ่งอรุณ ๕๖๖ ๕๖๖)

(ลงชื่อ).....No-.....ผู้จ่ายเงิน  
(...นางสาวณัฏฐา...ทองวิเศษ...)

**สำเนาถูกต้อง**

(นางสาวรัชฎาภา มะตาพอง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 1 9505 00010 70 8  
 Identification Number

ชื่อ น.ส. รอรานา เจเฮง  
 Name Miss Rorhana  
 นามสกุล เจเฮง  
 Last name Che-heng  
 เกิดวันที่ 29 ธ.ค. 2527  
 Date of Birth 29 Dec. 1984  
 ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 388 หมู่ที่ 1 ต.บึงระ  
 อ.กบินทร์บุรี จ.ปราจีนบุรี  
 4 เม.ย. 2560  
 วันออกบัตร  
 4 Apr. 2017  
 Date of Issue


 28 ธ.ค. 2538  
 วันบัตรหมดอายุ  
 28 Dec. 2025  
 Date of Expiry



อุดมศักดิ์  
 รอรานา  
 < นส. รอรานา เจเฮง >

**สำเนาถูกต้อง**

  
 (นางสาวชวัลราชา มะตาหยง)  
 เจ้าหน้าที่งานสารบรรณสุขขานาญงาน

ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บालะ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2562

ข้าพเจ้า...นางสาวพรพรรณ 6... น.ศ. 6... บ้านเลขที่ 21 หมู่ที่ 3

ตำบล.....บาละ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด.....ยะลา.....

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนตามโครงการรูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท เป็นเงิน	200	
<b>จ่ายเงินแล้ว</b> (นางสาวณิศา ทองวิเศษ)		
รวมเป็นเงิน	200	

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ)..... น.ศ. 6..... ผู้รับเงิน  
(นางสาวพรพรรณ น.ศ. 6)

(ลงชื่อ)..... น.ศ. 6..... ผู้จ่ายเงิน  
(...นางสาวณิศา...ทองวิเศษ...)

**สำเนาถูกต้อง**

(นางสาวชลิษาฯ มะตาหยง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9505 00331 17 7

ชื่อและนามสกุล นาง พรรษภรณ์ วงศ์เอี่ยม  
 Name Mrs. Phatsaphon  
 Last name Wongaiam  
 เกิดวันที่ 26 ส.ค. 2511  
 Date of Birth 26 Aug. 1968

ศาสนาพุทธ  
 ที่อยู่ 21/1 หมู่ 3 ต.ปากดง  
 อ.สามง่าม จ.ยะลา  
 20 ส.ค. 2554  
 วันออกบัตร  
 20 Oct. 2011 (ราชกิจจานุเบกษา)  
 Date of Issue เก็บที่สำนักงานเขต

26 ส.ค. 2563  
 วันบัตรหมดอายุ  
 25 Aug. 2020  
 Date of Expiry 9507-02-10201148



สีเทาทุกตัว

พรรษภรณ์

นางพรรษภรณ์ วงศ์เอี่ยม

นายเบญจมาภรณ์

(นางสาวชลิลาชา มะตาทอง)  
 เจ้าหน้าที่งานสารานุกรมสุพรรณภูมิ



ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บालะ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2562

ข้าพเจ้า...นางคุณ...ส่งระนิล.....บ้านเลขที่ 103 หมู่ที่ 1.....

ตำบล...บาละ.....อำเภอ...กาบัง.....จังหวัด...ยะลา.....

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ ดังรายการต่อไปนี้


รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนตามโครงการลูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท  เป็นเงิน <b>จ่ายเงินแล้ว</b> Ka- (จงสพต.บาละ ทอ.วิเศษ)	200	
รวมเป็นเงิน	200	

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ).....คุณ.....ผู้รับเงิน  
(นางคุณ...ส่งระนิล.....)

(ลงชื่อ).....Ka.....ผู้จ่ายเงิน  
(...นางสาวญาณิศา...ทองวิเศษ...)

**สำเนาถูกต้อง**

  
(นางสาวชวัลลาษา มะตาหยง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการ



บัตรประชาชนไทย Thai National ID Card  
 Identification Number 3 9505 00369 71 9

ชื่อ นามสกุล Mrs อภิลา ชองชนิน

Name Mrs. Aubon

Last name Chongchanin

เกิด 11 ต.ค. 2514

Date of Birth 11 Oct. 1971

อายุ 41 ปี

สูง 100 ซม. 3 นิ้ว

10 ต.ค. 2554

10 Oct. 2021

Date of Issue



10 ต.ค. 2554

10 Oct. 2021

Date of Expiry



BORA-26-06



ประเทศไทย  
 THAILAND

06-26047-9

สัญญาสุทธิ

คุณ

(นางคุณ ชองชนิน)

**สำเนาถูกต้อง**

*(Signature)*

(นางสาวชวัลชา มะตาหยง)  
 เจ้าหน้าที่งานสารบรรณสุขชำนาญการ

ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บालะ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2562

ข้าพเจ้า...<sup>๘</sup>๖๖.๖๖.๖๖.๖๖.....<sup>๖๖</sup>๖๖.....บ้านเลขที่ ๖๖ หมู่ที่ ๖๖.....

ตำบล.....บาละ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด.....ยะลา.....

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนตามโครงการลูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท  เป็นเงิน 200	200	
รวมเป็นเงิน	200	

จ่ายเงินแล้ว

๖๖

(นางสาวณิศา ทองวิเศษ)

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ).....<sup>๖๖</sup>๖๖.....ผู้รับเงิน  
(๖๖.๖๖.๖๖.๖๖.....๖๖.....)

(ลงชื่อ).....<sup>๖๖</sup>๖๖.....ผู้จ่ายเงิน  
(...นางสาวณิศา...ทองวิเศษ...)

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวชัชวราชา มะตาหยง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9006 00269 62 7  
 นามสกุล น.ส. ตี๋หวอ เมาฮอ  
 Name Miss Teehawor  
 นาม Moh-a  
 Last name Moh-a  
 เกิดที่ 9 พ.ค. 2526  
 Date of Birth 9 May 1983  
 เพศ: หญิง  
 สูง 138 ซม. / 4 ต.นิ้ว  
 ต.การมี 9.85cm  
 20 พ.ค. 2016  
 วันออกบัตร  
 20 Jun. 2016  
 Date of Issue  
  
  
 8 พ.ค. 2566  
 วันหมดอายุ  
 8 May 2023  
 Date of Expiry  
 9907-03-01201147

นำมาติด  
 ยื่น  
 (ใบที่ 400 / 10.7)

**สำเนาถูกต้อง**



(นางสาวชลิลาชา มะตา หอง)  
 เจ้าหน้าที่งานสารบรรณสุขชำนาญงาน

ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บालะ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2562

ข้าพเจ้า.....นาง สกัญญา..... ลาด..... บ้านเลขที่ 135 หมู่ที่ 4.....

ตำบล.....บาละ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด.....ยะลา.....

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนตามโครงการลูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท <b>จ่ายเงินแล้ว</b> Ha- (นางสาวญาณิศา ทองวิเศษ)	200	
รวมเป็นเงิน	200	

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ).....**ดอมน้ำ ลาด**.....ผู้รับเงิน  
(.....**ดอมน้ำ ลาด**.....)

(ลงชื่อ).....**Ha-**.....ผู้จ่ายเงิน  
(...นางสาวญาณิศา...ทองวิเศษ...)

**สำเนาถูกต้อง**

**Ha-**  
(นางสาวชัชลาชา มี.....)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุข.....



ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บลาละ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2562

ข้าพเจ้า...นางศรีณี โคะชา บ้านเลขที่...17/1 หมู่ที่ 5  
 ตำบล...บลาละ... อำเภอ...กาบัง... จังหวัด...ยะลา...  
 ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบลาละ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนตามโครงการรูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท เป็นเงิน	200	
<b>จ่ายเงินแล้ว</b> No. (นางสาวณิศา ทองวิเศษ)		
รวมเป็นเงิน	200	

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ) ศรีณี ผู้รับเงิน  
 (...ศรีณี โคะชา...)

(ลงชื่อ) No. ผู้จ่ายเงิน  
 (...นางสาวณิศา...ทองวิเศษ...)

**สำเนาถูกต้อง**

**ณ**  
 (นางสาวชัชวาลา มุขดาพงษ์)  
 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 บัตรประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9505 00053 82 7

ชื่อและนามสกุล น.ส. อุสนิรา โละชา  
 Name Miss Usnira  
 Last name Lohsa  
 เกิดที่ 23 ส.ค. 2518  
 Date of Birth 23 Aug. 1975  
 ศาสนา อิสลาม

หมู่ 117/1 หมู่ 5 ต.บึง  
 อ.กบินทร์บุรี  
 จ.ปราจีนบุรี  
 8 ส.ค. 2559  
 Expiry Date 8 Aug. 2019

ตรวจพบที่  
 (ผู้ถือบัตร)  
 วันที่หมดอายุ  
 23 Aug. 2034  
 Date of Expiry

9507-04-00001836



←  
 สำเนาบัตร  
 น.ส. อุสนิรา โละชา

**สำเนาถูกต้อง**

นางอภิญญา วัฒนานนท์  
 (รองปลัดอำเภอ)



ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บालะ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2562

ข้าพเจ้า... น.ส. รศ.ฉานา

พ.ภ.ก.

บ้านเลขที่ 162 หมู่ที่ 5

ตำบล.....บาละ

อำเภอ.....กาบัง

จังหวัด.....ยะลา

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนตามโครงการลูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท	200	
<b>จ่ายเงินแล้ว</b> Ka. (นางสาวฉานา น.ส. ทอวิเศษ) รวมเป็นเงิน	200	

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ)..... Sai .....ผู้รับเงิน  
(..นางสาว รศ.ฉานา น.ส. ..)

(ลงชื่อ)..... Ka .....ผู้จ่ายเงิน  
(..นางสาว ฉานา น.ส. ทอวิเศษ...)

**สำเนาถูกต้อง**

นางสาว ชัยลาชา มงคานนท์  
เจ้าพนักงานสาธารณสุข

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 หมายเลขบัตรประชาชน Identification Number 4 9405 00001 30 2

นางสาว รศ. รศานา มาเกะ  
 Name Miss Rawhana  
 Last name Makeh  
 เกิดวันที่ 7 พ.ย. 2523  
 Date of Birth 7 Nov. 1980  
 อาชีพ วิศวกร

ที่แจ้ง 103 หมู่ที่ 6 ต.บางระ  
 อ.สามโก้ จ.ฉะเชิงเทรา  
 24 พ.ย. 2567  
 วันออกบัตร  
 24 Feb. 2014  
 Date of Issue

6 พ.ย. 2566  
 วันหมดอายุ  
 6 Nov. 2022  
 Date of Expiry

9507-02-02241434

นางสาว รศานา มาเกะ  
 (นางสาว รศานา มาเกะ)

**สำเนาถูกต้อง**

(นางสาว ชัยลาภา มะตาคทอง)  
 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

## ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บालะ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2562

ข้าพเจ้า นางสาว ศุภรัตน์ ใจบุญ บ้านเลขที่ ๕๕ หมู่ที่ ๑  
 ตำบล.....บาละ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด.....ยะลา.....  
 ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บาละ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีน ตามโครงการลูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท	200	
<b>จ่ายเงินแล้ว</b> <i>Na</i> ( <u>ทพ.สา (วิชาพิเศษ) ทอ.วิเศษ</u> )		
รวมเป็นเงิน	200	

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ).....Na.....ผู้รับเงิน  
 (...น.ส. ศุภรัตน์ ใจบุญ...)

(ลงชื่อ).....Na.....ผู้จ่ายเงิน  
 (...นางสาว ญาณิศา...ทองวิเศษ...)

**สำเนาถูกต้อง**

*Na*  
 (นางสาว ญาณิศา มะตาหยง)  
 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน


**บัตรประชาชนไทย** Thai National ID Card  
 เลขบัตรประชาชน: 1 6808 00088 07 0  
 Identification Number

นามสกุล น.ส. จารุณี เอกกุล  
 Name Miss Jalanee  
 นามสกุล Aekkul  
 Last name Aekkul  
 เกิดวันที่ 21 พ.ค. 2532  
 Date of Birth 21 May 1989  
 ศาสนา พุทธ

หมู่ 108 หมู่ที่ 8 ต.บางระ  
 อ.บางจระ  
 4 พ.ค. 2559  
 วันออกบัตร: 4 May 2016  
 Date of Issue

20 พ.ค. 2567  
 วันบัตรหมดอายุ  
 20 May 2024  
 Date of Expiry

150  
140  
130  
120  
110  
100



สำเนาถูกต้อง  
 ยศ  
 น.ส. จารุณี เอกกุล

**สำเนาถูกต้อง**

  
 (นางสาวชัชวาลย์ มะตาหยง)  
 เจ้าหน้าที่งานสารบรรณสุขขานาญงาน

ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บालะ....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2562

ข้าพเจ้า...นางนงนุช... หม่อมปอสี.....บ้านเลขที่..๒...หมู่ที่ ๑.....

ตำบล.....บาละ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด.....ยะลา.....

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนตามโครงการรูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท เป็นเงิน	200	
<b>จ่ายเงินแล้ว</b>		
No.		
(นางสาวณิศา ทองวิเศษ)		
รวมเป็นเงิน	200	

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ).....นงนุช.....ผู้รับเงิน  
(.....นาง นงนุช ..... หม่อมปอสี.....)

(ลงชื่อ).....No......ผู้จ่ายเงิน  
(.....นางสาวณิศา...ทองวิเศษ...)

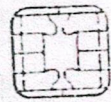
**สำเนาถูกต้อง**

**พ**  
(นางสาวฉลวชา มะตาทอง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 9599 00377 36 9

ชื่อและชื่อสกุล นาง ขวัญใจ พรหมขอสี่



ชื่อ Mrs. Khwanchai  
Last name Phromkhsot  
เกิดวันที่ 30 ส.ค. 2516  
Date of Birth 30 Aug. 1973  
ศาสนาพุทธ



อายุ 61 หมู่ที่ 9 ต.บึงมะลู อ.ทับปด จ.ยะลา  
20 พ.ย. 2566  
วันออกบัตร  
29 Nov. 2012  
Date of issue

(นางสาว ขวัญใจ พรหมขอสี่)  
ตัวแทนประชาชน

29 ส.ค. 2564  
วันบัตรหมดอายุ  
29 Aug. 2021  
Date of expiry

9505-02-11201356

สำเนาถูกต้อง  
ขวัญใจ  
(นางสาว ขวัญใจ พรหมขอสี่)

สำเนาถูกต้อง

(นางสาว ชลลภา มหาดาหยง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บลาละ...  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2562  
 ข้าพเจ้า.....นางสาว.....  
 ตำบล.....บลาละ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด.....ยะลา.....  
 บ้านเลขที่...10b หมู่ที่ 10  
 ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบลาละ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนตามโครงการรูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท เป็นเงิน	200	
<b>จ่ายเงินแล้ว</b> นาง..... (นางสาว.....ทองวิเศษ)		
รวมเป็นเงิน	200	

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ).....นางสาว.....ผู้รับเงิน  
 (นางสาว.....ทองวิเศษ.....)

(ลงชื่อ).....นาง.....ผู้จ่ายเงิน  
 (...นางสาว.....ทองวิเศษ...)

**สำเนาถูกต้อง**

(นางสาว.....ชวัลลา.....มะตาหยง)  
 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 หมายเลขบัตรประชาชน 3 9409 00190 63-5  
 นามสกุล น.ส. นามิสะห์ เจ๊ะเลาะ  
 ชื่อ Miss Napisah  
 นามสกุล Cheloh  
 เกิด 29 พ.ค. 2525  
 Date of Birth 29 May 1982  
 อายุ 36 ปี 10 เดือน 29 วัน  
 29 พ.ค. 2565  
 29 May 2022 (วันที่หมดอายุ)  
 29 พ.ค. 2564  
 29 May 2021  
 3909-02-00301307

BORA-26-06  
 ประเทศไทย  
 THAILAND  
 JC1-0593076-85

สี ๖๗๑๕๓๓ ก๖๖  
 นาม นามิสะห์ เจ๊ะเลาะ

สำเนาถูกต้อง  
 (นางสาวชัชวาลชา มะตาหยง)  
 เจ้าหน้าที่งานสารธารณสุขชำนาญงาน



ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บालะ.....  
 วันที่.....เดือน..... พ.ศ.2562  
 ข้าพเจ้า...นางพิมพ์ภา.....ตงพันธ์.....บ้านเลขที่ ๗๖ หมู่ที่ ๑๖  
 ตำบล.....บาละ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด.....ยะลา.....  
 ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าตอบแทนแกนนำในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนตามโครงการรูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 จำนวน 2 ครั้ง * 100 บาท  <div style="text-align: center;"> <p><b>จ่ายเงินแล้ว</b></p> <p>(นศ.)</p> <p>(นางสาวณัฏฐา ทองวิเศษ)</p> </div>	200	
รวมเป็นเงิน	200	

จำนวนเงิน.....สองร้อยบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ).....พิมพ์ภา.....ผู้รับเงิน  
 (...นางพิมพ์ภา ตงพันธ์...)

(ลงชื่อ).....(นศ.).....ผู้จ่ายเงิน  
 (...นางสาวณัฏฐา...ทองวิเศษ...)

**สำเนาถูกต้อง**

(นางสาวชลลดา มະตาหยง)  
 หัวหน้างานสาธารณสุขชำนาญงาน

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 8505 00321 20 3

ชื่อและนามสกุล นาง พิมพ์ภา คงพัน  
 Name Mrs. Phimpha  
 Last name Khongphan  
 เกิดวันที่ 2 ม.ค. 2502  
 Date of Birth 2 Jan. 1965

สง. กทม.  
 อายุ 79/3 วันที่ 10 ต.มกราคม  
 อ. กทม. 9.เขต  
 14 ม.ค. 2560  
 วันออกบัตร 14 Mar. 2017  
 Date of Issue

1 ม.ค. 2569  
 วันหมดอายุ 1 Jan. 2026  
 Date of Expiry

1967-00-00100000



สำเนาถูกต้อง  
 พิมพ์ภา  
 (นางพิมพ์ภา คงพัน)

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวชัชวาลา มะदानยง)  
 เจ้าหน้าที่งานสารบรรณ



























ประมวลภาพกิจกรรมการปฏิบัติงาน ครั้งที่1และครั้งที่2  
แกนนำในการติดตามเด็ก0-5 ปี มาใช้บริการวัคซีนตามเกณฑ์  
ตามโครงการลดน้อยสูญภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี2562



สำเนาถูกต้อง

ช  
(นางสาวชลิลาชา มะดาหยง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการ

ประมวลภาพกิจกรรมการปฏิบัติงาน ครั้งที่1และครั้งที่2  
แกนนำในการติดตามเด็ก0-5 ปี มารับบริการวัคซีนตามเกณฑ์  
ตามโครงการลดน้อยสูญภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี2562



สำเนาถูกต้อง


(นางสาวชลลชาชา ม.  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน



ประมวลภาพกิจกรรมการปฏิบัติงาน ครั้งที่1และครั้งที่2  
แกนนำในการติดตามเด็ก0-5 ปี มารับบริการวัคซีนตามเกณฑ์  
ตามโครงการกลุ่่น้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี2562



สำเนาถูกต้อง

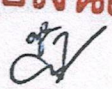
  
(นางสาวซิลวาชา มะตาหยง)  
เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขอำเภอ

- สำเนาเอกสารกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (วัคซีน) แก่ผู้ปกครองเด็กที่ป่วยเพียงวัคซีน, ผู้นำศาสนา, ผู้นำชุมชน และแกนนำ อสม.ตามโครงการลดน้อยสูญภาพดี เมื่อได้รับวัคซีน ครบชุด ปี ๒๕๖๒

ใบสำคัญรับเงิน

ที่...รพ.สต.บालะ.....

ข้าพเจ้า น.ส. นภาพี สาระห์ เจ๊ะเลาะ บ้านเลขที่ 106 หมู่ที่ 10 ตำบล.....บาละ.....อำเภอ.....กาบัง.....จังหวัด.....ยะลา.....  
 ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ ดังรายการต่อไปนี้


รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
โครงการลูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 รุ่นที่1 วันที่ 3 กรกฎาคม 2562 / รุ่นที่2 วันที่ 5 กรกฎาคม 2562 /		
- ค่าอาหารกลางวัน 120 คน x 1 มื้อๆ ละ 50 บาท เป็นเงิน	6,000.-	-
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 120 คน x 2 มื้อๆ ละ 25 บาท เป็นเงิน	6,000.-	-
<b>จ่ายเงินแล้ว</b>  5/07/62 รวมเป็นเงิน	12,000.-	-

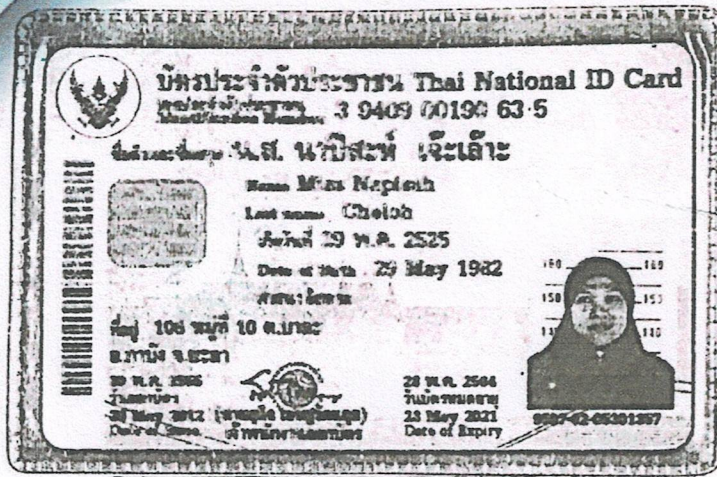
จำนวนเงิน.....หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน.....

(ลงชื่อ) นภาพี สาระห์ เจ๊ะเลาะ ผู้รับเงิน  
 (...นางสาวนภาพีสาระห์..เจ๊ะเลาะ.....)

(ลงชื่อ)  ผู้จ่ายเงิน  
 (...นางสาวชัลลาชา มะตาหยง)

**สำเนาถูกต้อง**

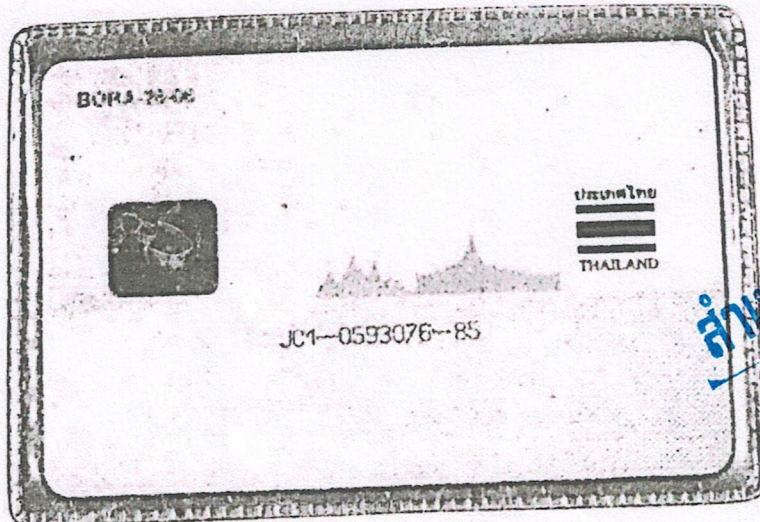
  
 (นางสาวชัลลาชา มะตาหยง)  
 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญ



สำเนาถูกต้อง

นางปิยะชัช

67-1076



สำเนาถูกต้อง

(นางสาวชัชลาชา มะตาหยง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

แบบลงทะเบียนโครงการรุดน่อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี ๒๕๖๒

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (วัคซีน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ๒๕๖๒

ณ.ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบวละ

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
			เข้า	ป่วย	
1	นางพันธ์ นามภักดิ์	1/1 ม.3 ต.บวละ	พันธ์	พันธ์	
2	นาง. ทัศนีย์ นามภักดิ์	61 ม. 9 ต.บวละ	ทัศนีย์	ทัศนีย์	
3	นาง อัมพร นามภักดิ์	138/2 ม.1 ต.บวละ	อัมพร	อัมพร	
4	น.ส. พรทิพย์ นามภักดิ์	65 ม.9 ต.บวละ	พรทิพย์	พรทิพย์	
5	นาง ปวีณา นามภักดิ์	๔ ม.๔ ต. บวละ	ปวีณา	ปวีณา	
6	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	20/1 ม.3 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
7	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	125 ม.1 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
8	น.ส. การณี นามภักดิ์	104 ม.๑ ต. บวละ	การณี	การณี	
9	นาย อภินันท์ นามภักดิ์	20/1 ม.4 ต.บวละ	อภินันท์	อภินันท์	
10	นาง วิมลนารถ นามภักดิ์	145 ม.1 ต.บวละ	วิมลนารถ	วิมลนารถ	
11	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	105 ม.9 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
12	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	273 ม.1 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
13	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	299 ม.1 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
14	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	241 ม.1 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
15	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	76/2 ม.1 ต.บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
16	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	254 ม.1 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
17	น.ส. นามภักดิ์ นามภักดิ์	๔ ม.1 ต.บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
18	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	185 ม.8 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
19	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	40 ม.3 ต.บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
20	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	33 ม.3 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
21	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	57 ม.9 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
22	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	144 ม.5 ต.บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
23	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	126/1 ม.4 ต.บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
24	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	29 ม.5 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
25	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	106 ม.10 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
26	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	1 ม.5 ต.บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	
27	นาง นามภักดิ์ นามภักดิ์	93 ม.1 ต. บวละ	นามภักดิ์	นามภักดิ์	

นางสาว...  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

แบบลงทะเบียนโครงการรณรงค์สุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี ๒๕๖๒

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (วัคซีน)

วันที่.....3.....เดือน.....ก.ย.๒๕๖๒.....พ.ศ.....๒๕๖๒.....วันที่ 1

ณ.ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบลาละ

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
			เข้า	ป่วย	
28	น.ส อชาติ ชาติ	76 ม. 2	อชาติ	อชาติ	
29	นางพรรณศรี นาคดี	21/1 ม. 3	พรรณศรี	พรรณศรี	
30	น.ส. นิตยา สุข	92 ม. 3	นิตยา	นิตยา	
31	นาง อัญญา อัญญา	87/1 ม. 4	อัญญา	อัญญา	
32	นาง อัญญา อัญญา	57 ม. 4	อัญญา	อัญญา	
33	นาง อัญญา อัญญา	102 ม. 3	อัญญา	อัญญา	
34	น.ส อัญญา อัญญา	141 ม. 1	อัญญา	อัญญา	
35	นาง อัญญา อัญญา	141 ม. 1	อัญญา	อัญญา	
36	นาง อัญญา อัญญา	113 ม. 2	อัญญา	อัญญา	
37	นาง อัญญา อัญญา	65 ม. 1	อัญญา	อัญญา	
38	นาง อัญญา อัญญา	56 ม. 3	อัญญา	อัญญา	
39	นาง อัญญา อัญญา	97 ม. 1	อัญญา	อัญญา	
40	นาง อัญญา อัญญา	10 ม. 4	อัญญา	อัญญา	
41	นาง อัญญา อัญญา	5 ม. 10	อัญญา	อัญญา	
42	นาง อัญญา อัญญา	49 ม. 3	อัญญา	อัญญา	
43	นาง อัญญา อัญญา	94 ม. 3	อัญญา	อัญญา	
44	นาง อัญญา อัญญา	93 ม. 10	อัญญา	อัญญา	
45	นาง อัญญา อัญญา	164 ม. 3	อัญญา	อัญญา	
46	นาง อัญญา อัญญา	195 ม. 3	อัญญา	อัญญา	
47	นาง อัญญา อัญญา	58 ม. 3	อัญญา	อัญญา	
48	นาง อัญญา อัญญา	60 ม. 9	อัญญา	อัญญา	
49	นาง อัญญา อัญญา	24 ม. 9	อัญญา	อัญญา	
50	นาง อัญญา อัญญา	58 ม. 3	อัญญา	อัญญา	
51	นาง อัญญา อัญญา	161 ม. 1	อัญญา	อัญญา	
52	นาง อัญญา อัญญา	163 ม. 5	อัญญา	อัญญา	
53	นาง อัญญา อัญญา	204 ม. 10	อัญญา	อัญญา	
54	นาง อัญญา อัญญา	79/2 ม. 10	อัญญา	อัญญา	

แบบลงทะเบียนโครงการลูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี ๒๕๖๒

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (วัคซีน)

วันที่.....3.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ.....๕๖๒.....รุ่นที่ 1

ณ.ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบวละ

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
			เข้า	ป่วย	
55	อุสนันท์ ใจชะงา	117/1 ม.6	อุสนันท์	อุสนันท์	
56	ปวีติ ใจโอด	37 ม.5	ปวีติ	ปวีติ	
57	ลลิตา ใจโพธิ์	3511 ม.3	ลลิตา	ลลิตา	
58	รชานา ใจโพธิ์	355 ม.1	รชานา	รชานา	
59	ภัทรพรดี ใจโพธิ์	100 ม.9	ภัทรพรดี	ภัทรพรดี	
60	อรุณี ใจโพธิ์	56 ม.10	อรุณี	อรุณี	
61	ออลันดา ใจโพธิ์	27 ม.10	ออลันดา	ออลันดา	
62	พินิต ใจโพธิ์	106 ม.9	พินิต	พินิต	
63	ปวีติ ใจโพธิ์	BT ม.4	ปวีติ	ปวีติ	
64	ศันดา ใจโพธิ์	138 ม.6	ศันดา	ศันดา	
65	ลลิตา ใจโพธิ์	68 ม.5 ต.บวละ	ลลิตา	ลลิตา	
66	นงนุช ใจโพธิ์	141 ม.5	นงนุช	นงนุช	
67	น.ส. นุรักษ์ ใจโพธิ์	330 ม.5	นุรักษ์	นุรักษ์	
68	น.ส. นุรักษ์ ใจโพธิ์	32 ม.5	นุรักษ์	นุรักษ์	
69	น.ส. นุรักษ์ ใจโพธิ์	38 ม.5 ต.บวละ	นุรักษ์	นุรักษ์	
70	น.ส. นุรักษ์ ใจโพธิ์	270 ม.5	นุรักษ์	นุรักษ์	
71	น.ส. นุรักษ์ ใจโพธิ์	7 ม.5	นุรักษ์	นุรักษ์	
72	น.ส. นุรักษ์ ใจโพธิ์	1/9 ม.5	นุรักษ์	นุรักษ์	
73	น.ส. นุรักษ์ ใจโพธิ์	357 ม.1	นุรักษ์	นุรักษ์	
74	น.ส. นุรักษ์ ใจโพธิ์	61 ม.9	นุรักษ์	นุรักษ์	
75	น.ส. นุรักษ์ ใจโพธิ์	396 ม.1 ต.บวละ	นุรักษ์	นุรักษ์	
76	น.ส. นุรักษ์ ใจโพธิ์	รพ. นต. บวละ	นุรักษ์	นุรักษ์	

สำเนาเก็บข้อมูล

(นางสาว) ชัยพร ใจโพธิ์  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

แบบลงทะเบียนโครงการรุดน้ยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี ๒๕๖๒

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (วัคซีน)

วันที่.....๕.....เดือน.....๑๗.....พ.ศ.....๒๕๖๒.....รุ่นที่ ๒

ณ.ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาละ

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
			เข้า	ป่วย	
๗๗	จ. สมชาติ ธีงรี		๓๑๕๒	๓๑๕๒	
๗๘	คำภา อภิรม	๑๓/๑ ม.๑๐ ต.บาค	คำภา	คำภา	
๗๙	นางทหารพร ออหมแก้ว	๑๑/๑๑ ต.บาค	ทหารพร	ทหารพร	
๘๐	นางจิตติมา ใจดี	๑๖/๑๕ ม.๓ ต.บาค	จิตติมา	จิตติมา	๕๗๑๖๗
๘๑	นางสาวลภัส ใจดี	๑๐ ม.๓ ต.บาค	ลภัส	ลภัส	
๘๒	น.ส.กรรณ กอแก้ว	๗๙/๒ ม.๑๐ ต.บาค	กรรณ	กรรณ	
๘๓	นาง จุฑามาศ ใจดี	๘๔ ม.๑๑ ต.บาค	จุฑามาศ	จุฑามาศ	
๘๔	น.ส.ศิริมา ดอสง	๘๔ ม.๑๑ ต.บาค	ศิริมา	ศิริมา	
๘๕	น.ส.รุ่งทิภา อภิรม	๒๗๓ ม.๑๑ ต.บาค	รุ่งทิภา	รุ่งทิภา	
๘๖	น.ส.เพ็ญกัญญา กัญญาทอง	๖๖/๒ ม.๓ ต.บาค	เพ็ญกัญญา	เพ็ญกัญญา	
๘๗	นาง กุศลวิ ไชยสิทธิ์	๑๓๘/๑๓ ม.๑๑	กุศลวิ	กุศลวิ	
๘๘	น.ส. วิไลพร อภิรม	๑๖๕ ม.๓ ต.บาค	วิไลพร	วิไลพร	
๘๙	น.ส. ส.อ้อมใจ ตอแสง	๑๖๔ ม.๑๐ ต.บาค	ส.อ้อมใจ	ส.อ้อมใจ	
๙๐	น.ส. ปัทมา เพชรจันทร์	๑๗๗ ม.๓ ต.บาค	ปัทมา	ปัทมา	
๙๑	น.ส. อรุณรัตน์ สาระชาติ	๒๐๒ ม.๑๐ ต.บาค	อรุณรัตน์	อรุณรัตน์	
๙๒	น.ส. นุศรา อภิรม	๕๘ ม.๑๑ ต.บาค	นุศรา	นุศรา	
๙๓	น.ส. ทวีพร อภิรม	๓ ม.๓ ต.บาค	ทวีพร	ทวีพร	
๙๔	น.ส. อานนท นรณจันทร์	๘/๒ ม.๑๑ ต.บาค	อานนท	อานนท	
๙๕	น.ส. ช่างเหล็ก อภิรม	๖๘/๑ ม.๑๑ ต.บาค	ช่างเหล็ก	ช่างเหล็ก	
๙๖	น.ส. อรุณรัตน์ อภิรม	๑๒๕ ม.๑๑ ต.บาค	อรุณรัตน์	อรุณรัตน์	
๙๗	น.ส. อรุณรัตน์ อภิรม	๒/๑ ม.๑๐ ต.บาค	อรุณรัตน์	อรุณรัตน์	
๙๘	น.ส. อรุณรัตน์ อภิรม	๗๐/๑ ม.๑๑ ต.บาค	อรุณรัตน์	อรุณรัตน์	
๙๙	น.ส. อรุณรัตน์ อภิรม	๒๑/๑ ม.๑๑ ต.บาค	อรุณรัตน์	อรุณรัตน์	
๑๐๐	นาง เขียวระวี อภิรม	๗๐/๑ ม.๑๑ ต.บาค	เขียวระวี	เขียวระวี	
๑๐๑	น.ส. อรุณรัตน์ อภิรม	๔/๑ ม.๑๑ ต.บาค	อรุณรัตน์	อรุณรัตน์	
๑๐๒	น.ส. อรุณรัตน์ อภิรม	๓๔๕ ม.๑๑ ต.บาค	อรุณรัตน์	อรุณรัตน์	
๑๐๓	น.ส. อรุณรัตน์ อภิรม	๖/๒ ม.๑๑ ต.บาค	อรุณรัตน์	อรุณรัตน์	

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลบาละ (นางสาวชลาษา มะตาทอง) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน



แบบลงทะเบียนโครงการลูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี ๒๕๖๒

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (วัคซีน)

วันที่.....๕.....เดือน.....กุมภาพันธ์.....พ.ศ.....๒๕๖๒ รุ่นที่ ๒

ณ.ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบวละ

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
			เข้า	ป่วย	
104	ตาสู่นาง: ลอสร้อย	225 หมู่ 1 ต.บวละ อ.ท่ง	ตาสู่นาง:	ตาสู่นาง:	
105	ทอสีนาง: ลาภ:	220 หมู่ 1 ต.บวละ อ.ท่ง	ทอสีนาง:	ทอสีนาง:	
106	โกลา สีอร่าม	218 หมู่ 1 ต.บวละ อ.ท่ง	โกลา	โกลา	
107	โตะ:โตะ: (ช.16)	207 หมู่ 1 ต.บวละ อ.ท่ง	โตะ:โตะ:	โตะ:โตะ:	
108	พรวิชัย ลัทธ:	201 ม. 1 ต.บวละ อ.ท่ง	พรวิชัย	พรวิชัย	
109	นุร้อดา ราช	395/1 ม.3 ต.บวละ อ.ท่ง	นุร้อดา	นุร้อดา	
110	นุชาริษา: อ.ว.12	165 ม.10 ต.บวละ อ.ท่ง	นุชาริษา:	นุชาริษา:	
111	กัลยา โขยสวัสดิการ	44 ม. 4 ต.บวละ อ.ท่ง	กัลยา	กัลยา	
112	ชนวรรณ ตัญจันทร์	177/1 ม. 8 ต.บวละ อ.ท่ง	ชนวรรณ	ชนวรรณ	
113	กอบกุล เกตุแก้ว	169 ม. 9 ต.บวละ อ.ท่ง	กอบกุล	กอบกุล	
114	นงนุช ธีระ	79 ม.3 ต.บวละ อ.ท่ง	นงนุช	นงนุช	
115	สนิท ศรีแก้ว	106 ม.9 ต.บวละ อ.ท่ง	สนิท	สนิท	
116	นงนุช ศรีทองตา หงษ์งาม	184 ม. 3 ต.บวละ อ.ท่ง	นงนุช	นงนุช	
117	ชวลิต ธีระแก้ว	120 ม.3 ต.บวละ อ.ท่ง	ชวลิต	ชวลิต	
118	ศิริมา พิเศษ	10 ม. 4 ต.บวละ อ.ท่ง	ศิริมา	ศิริมา	
119	นงนุช นงนุช	71 ม. 1 ต.บวละ อ.ท่ง	นงนุช	นงนุช	
120	ชิตมาลี มาลา	86 ม.5 ต.บวละ อ.ท่ง	ชิตมาลี	ชิตมาลี	
121	วอชานา ก้อน	119 ม.5 ต.บวละ อ.ท่ง	วอชานา	วอชานา	
122	นงนุช นงนุช	70 ม. 1 ต.บวละ อ.ท่ง			
123	นงนุช นงนุช	200 ม.5 ต.บวละ อ.ท่ง			
124	นงนุช นงนุช	79 ม. 3 ต.บวละ อ.ท่ง	นงนุช	นงนุช	
125	นงนุช นงนุช	1 ต.บวละ อ.ท่ง	นงนุช	นงนุช	
126	นงนุช นงนุช	11 ม. 5 ต.บวละ อ.ท่ง			
127	นงนุช นงนุช	115 ม. 5 ต.บวละ อ.ท่ง			
128	นงนุช นงนุช	116/2 ม. 5 ต.บวละ อ.ท่ง			

นางสาวชวัลดา มะตาหยง  
นางสาวอรุณสุขชำนาญ

ประมวลภาพ  
โครงการถุ่กน่อยสุ่ขภพดี เมื่อได้รับวัคซึนครบชุดปี 2562 รุ่นที่1



b—



สำเนาถูกต้อง

(นางสาวฉัลวษา มะตาพอง)  
เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน

ประมวลภาพ  
โครงการถนอมสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 รุ่นที่1



สำเนาถูกต้อง

(นางสาวชัชวาลย์ นงนันท)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ประมวลภาพ  
โครงการรุดน่อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 รุ่นที่1



สำนักงานผู้ช่วย

(นางสาวฉัตรลดา มะดาหยง)  
ผู้อำนวยการรุดน่อยสุขภาพดี

ประมวลภาพ  
โครงการรูกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 รุ่นที่1



สำเนาถูกต้อง  
นางสาว ชลวาทิ มะตาหยง  
เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญการ

ประมวลภาพ  
โครงการรณรงค์สุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 รุ่นที่1



(นางสาวชัชลาชา มะตาหยง)  
เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน

ประมวลภาพ  
โครงการรณรงค์สุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 รุ่นที่1



สำเนาถูกต้อง

(นางสาวชัชวาลา มะตาพอง)  
เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน

ประมวลภาพ  
โครงการลดน้อยสูญภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 รุ่นที่2



สำเนาถูกต้อง

๒  
(นางสาวฉัตรมาลา มะตาหยง)  
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน



ประมวลภาพ  
โครงการรุดน้ํายสุขภพดี เมื่อได้รับว้คชินครบชุดปี 2562 รุ่นที่2



สำเนาถูกต้อง

(นางสาวช้ลาภา มเสถาพยง)  
เจ้าพนักงานสารารณสุขชำนาญงาน

ประมวลภาพ  
โครงการรุดหนุนสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 รุ่นที่ 2




สำเนาถูกต้อง

(นางสาวชลวชา มะตาหยง)  
เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข

ประมวลภาพ  
โครงการถุกน้อยสุขภาพดี เมื่อได้รับวัคซีนครบชุดปี 2562 รุ่นที่2



**สำเนาถูกต้อง**

  
(นางสาวชัชวาลา มะตาพอง)  
เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญการ