



กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. ห้วยลึก  
 รับที่..... 12 .....  
 วันที่..... 6..... / ก.ย..... / 62.....  
 เวลา.....

ที่ สข.๐๐๓๒.๓๐๔/๑๑/ สข.๕๕

โรงพยาบาลควนเนียง อ.ควนเนียง  
 จ.สงขลา ๙๐๒๒๐

๒๓๓ สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง รายงานผลโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียง  
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยลึก

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานผลการดำเนินแผนงานโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยลึก อนุมัติโครงการดูแลผู้สูงอายุ  
 ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ในการนี้โรงพยาบาลควนเนียงได้ดำเนินการโครงการดังกล่าว เรียบร้อยแล้ว ดังรายละเอียด  
 ตามที่ได้แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

*(Signature)*

(นายคณาวุฒิ นิธกุล)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง

เรียน ประธาน กองทุน สข.๕๕

- รน.ควนเนียง ของรพ.

ผลดำเนินโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
 ข้อเข่าเสื่อมด้วยแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๖๒

- เหนือชิงบง

นช

๖/๙/๖๒

*(Handwritten notes and signatures)*  
 - 1.11.๖๒...  
 ๖/๙/๖๒...  
 ๖/๙/๖๒...  
 ๖/๙/๖๒...

งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โรงพยาบาลควนเนียง

โทร. ๐๗๕-๓๘๖๖๔๖ ต่อ ๑๑๘

โทรสาร ๐๗๕-๓๘๖๖๔๗ ต่อ ๑๑๒

\* ๖๐๐ + ๒๔๐๐ + ๙๐๐๐ + ๑๒๙๐ + ๔๖๐๐ + ๑๕๐๐ + ๓๐๐๐

๖๐๐ + ๒๔๐๐ + ๙๐๐๐ + ๑๒๙๐ + ๔๖๐๐ + ๑๕๐๐ + ๓๐๐๐

*(Handwritten signature)*  
 ๖/๙/๖๒



กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ห้วยลึก  
หมู่ที่ ๙ ต.ห้วยลึก อ.ควนเนียง จ.สงขลา

ใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่ ๑/๒๕๖๒

เลขที่ ๑

วันที่ ๖ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

นาม องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยลึก

ที่อยู่ หมู่ที่ ๙ ตำบลห้วยลึก อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

ลำดับที่	จำนวน	รายการ	หน่วยละ	จำนวนเงิน
๑	-	รับคืนเงิน โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	-	๔,๔๗๐
	รวมเงิน	(เงินที่พันสี่ร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)		๔,๔๗๐

ลงชื่อ.....

(นางสาวรดา ศรีสกุลภัก)

เลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยลึก

ผู้รับเงิน



15778659

วันที่  
Date

06 ก.ย. 2562

เช็ค / Cheque

๖ ๖ ต ต ป ป ป ป

532 สาขา คนเนียง 93 หมู่ที่ 2 ต.รัตนภูมิ อ.คนเนียง จ.สงขลา 90220

หรือผู้ถือ  
or bearer

จ่าย  
Pay

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยลึก

(บาท)  
(Baht)

(สี่พันสี่ร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)

฿

\*\*\* 4,470.00 \*\*\*

\*\*\*

โรงพยาบาลคนเนียง  
001532000054

ลายมือชื่อ Signature

เช็คเลขที่ Cheque No.

สาขาเลขที่ Branch No.

บัญชีเลขที่ Account No.

สำหรับธนาคาร For Bank

๕๗๕ ๑๕๗๗๘๖๕๙๐๓๐๐๐๕๓๒๑ ๑๕๓๒๐๐๐๐๕๔๐๑

แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการ  
ดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียงปีงบประมาณ 2562

1. ผลการดำเนินงาน

โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียงปีงบประมาณ  
2562 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีอาการปวดเข่าได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยคือหัตถการพอกยา จาการ  
แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMAC) ฉบับภาษาไทย พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการอาการ  
ปวดข้อเข่าลดลงมากที่สุด รองลงมาการใช้งานของข้อดีขึ้น และ อาการข้อฝืดลดลงเล็กน้อย ตามลำดับ ความพึง  
พอใจภาพรวมของโครงการอยู่ในระดับดีมาก

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

✓ บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ .....

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .....19..... คน

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	.....20,000.....	บาท	
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	.....15,530.....	บาท	คิดเป็นร้อยละ .....77.65.....
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ	.....4,470.....	บาท	คิดเป็นร้อยละ .....22.35.....

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

✓ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ผู้สูงอายุติดภารกิจอย่างอื่น เช่น งานแต่ง งานศพ จึงทำให้ไม่สามารถเข้าร่วม  
กิจกรรมตามวันและ เวลา ที่ทางโรงพยาบาลกำหนดไว้ แม้จะแจ้งล่วงหน้า  
แนวทางการแก้ไข (ระบุ) ทางเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยปราบ ติดต่อกทาง  
โทรศัพท์ยืนยันการเข้าร่วมโครงการ

ลงชื่อ ..... กิจฉัตร ..... สนธิขาว ..... ผู้รายงาน

(นางสาวกิตติมา สนธิขาว)

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

วันที่-เดือน-พ.ศ. .... 23 สิงหาคม 2562 .....



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ      โรงพยาบาลควนเนียง      อำเภอควนเนียง      จังหวัดสงขลา  
ที่ สข.๐๐๓๒.๓๐๕/๑๑/พิเศษ      วันที่ ๒๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒  
เรื่อง    สรุปการเบิกจ่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย  
          ในอำเภอควนเนียง

เรียน    ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง

ตามที่งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลควนเนียงได้จัดทำ โครงการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ด้วยการแพทย์แผนไทย ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวปราบ ซึ่ง ได้ดำเนินกิจกรรมที่ขอใช้งบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลควนเนียง จึงขอสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณ จำนวน ๑๕,๕๓๐ บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันห้าร้อยสามสิบบาทถ้วน) จึงขอเบิกจ่ายตามรายการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

กิตติมา      สนธิขาว

(นางสาวกิตติมา สนธิขาว)  
แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

๑  
๑๓๖  
๕,๕๓๐

งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลควนเนียง  
โทร ๐๗๔- ๓๘๖๖๔๖ ต่อ ๑๑๘  
โทรสาร ๗๗๔-๓๘๖๖๗๖ ต่อ ๑๑๒

แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

รหัสโครงการ	พ. - ๒๖๖๖ - ๐๑ - ๐๒ ปี-รหัสกองทุน 5 ตัว-ประเภท-ลำดับโครงการในหมวด
ชื่อโครงการ/กิจกรรม	ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียง ปีงบประมาณ 2562
ชื่อกองทุน	กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลห้วยลึก
	<input type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/ หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กร ประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]
หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่ รับผิดชอบโครงการ	<input type="checkbox"/> หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. รพ. <input type="checkbox"/> หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล <input type="checkbox"/> หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. <input type="checkbox"/> หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษาฯ <input type="checkbox"/> กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ 5 คน
ชื่อองค์กร/กลุ่มคน (5 คน)	ชื่อองค์กร : โรงพยาบาลควนเนียง กลุ่มคน (ระบุ 5 คน) 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
วันอนุมัติ	
ระยะเวลาดำเนินโครงการ	ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2562
งบประมาณ	จำนวน 21,460 บาท
เป้าหมาย	พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยลึก

## วัตถุประสงค์ (ระบุที่มาของการทำโครงการ)

ภาวะข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่พบบ่อยมากที่สุดโรคหนึ่งในประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มอาการของระบบกระดูกและข้อ เกิดขึ้นเนื่องจากผิวข้อเข่าเสื่อมสภาพและหลุดลอก หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะมีอาการรุนแรงขึ้นจนกระดูกผิวข้อหลุดตัวทำให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างของร่างกายผิดรูป เช่น ขาโก่ง เท้าบิด และมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดข้อเข่า ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลผู้มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลควนเนียง พบว่า ผู้มารับบริการมาด้วยอาการปวดเข่า ติด 1 ใน 10 อันดับโรคของทางคลินิกแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 อันดับที่ 1 จำนวน 1,127 ครั้ง, จำนวน 888 ครั้ง และ จำนวน 926 ครั้ง ตามลำดับ และจากนโยบายกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้มีการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มวัย ภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสุขภาพที่สามารถรักษาด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย จากผลการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลควนเนียง พบว่า ระดับความปวดเข่าลดลง การเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อผลการรักษา จึงต้องการขยายผลการรักษาลงสู่ชุมชน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยป่าบ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกมารักษาที่โรงพยาบาล หรือยังไม่เข้าถึงการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยป่าบ

ดังนั้นจึงทางงานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลควนเนียง เล็งเห็นความสำคัญถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม มีอาการปวดเข่า ทำให้การมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งนี้หากผู้สูงอายุได้รับการรักษา สามารถเรียนรู้การดูแลตนเอง เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลควนเนียง จึงได้จัดทำโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทยชุมชนขึ้น

## วิธีดำเนินการ (ออกแบบให้ละเอียด)

### กิจกรรมที่ 1 การสำรวจข้อมูล

- 1.1 สำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยป่าบ
- 1.2 ประชาสัมพันธ์โครงการชี้แจง คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยป่าบ
- 1.3 ทำหนังสือเชิญผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าเข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยป่าบจำนวน 40 ราย

### กิจกรรมที่ 2 การเตรียมความพร้อม

- 2.1 ประสานวิทยากรให้ความรู้ภาวะข้อเข่าเสื่อมแก่ผู้สูงอายุ
- 2.2 ประสานเรื่องสถานที่จัดกิจกรรม
- 2.3 จัดซื้อ / จัดหา อุปกรณ์สำหรับการเตรียมยา และยาพาพอกจับโป่งเข่า จากศูนย์การแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
- 2.4 จัดซื้อ / จัดหา อุปกรณ์สำหรับการเตรียมยา และยาพาพอกจับโป่งเข่า สูตรจากแนวทางการให้บริการยาปรุงเฉพาะราย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 12 สงขลา

### กิจกรรมที่ 3 จัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

- 3.1 ชี้แจงรายละเอียด รับทราบ ข้อตกลงของเข้าร่วมโครงการแก่ผู้อายุ
- 3.2 ประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จาก แบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMA) ฉบับภาษาไทย ก่อนทำหัตถการพอกยา
- 3.3 สาธิตและการปฏิบัติหัตถการทางการแพทย์แผนไทย หัตถการพอกยา สอนการบริหารข้อเข่าและกล้ามเนื้อแก่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ

ประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังทำการพอกยา จากแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMAC) ฉบับภาษาไทย

3.5 การรักษาต่อเนื่อง โดยการแจกอุปกรณ์และยาพอกเข่า พร้อมแบบบันทึกการทำหัตถการให้กับผู้สูงอายุนำไปทำการเองที่บ้าน อย่างต่อเนื่องจำนวน 5 วัน

กิจกรรมที่ 4 ติดตามผลการรักษา

- 4.1 นัดติดตามหลังการรักษา ประเมินผลการรักษา กับแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMAC) ฉบับภาษาไทย หลังทำการหัตถการติดต่อกัน 5 วัน
- 4.2 สาธิตการทำยาพอกเข่าอย่างง่าย สูตรจากแนวทางการให้บริการยาประคบเฉพาะราย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 12 สงขลา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลอาการข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 4.3 ทำแบบประเมินความพึงพอใจ และ แบบบันทึกคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมได้รับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
2. เพื่อลดระดับความเจ็บปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมสามารถใช้งานข้อเข่าได้ดีขึ้น

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด
<p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมได้รับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย</p>	<p>ตัวชี้วัดความสำเร็จ</p> <p>1. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่าบ ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมได้รับการทำการพอกยาจำนวน 40 ราย</p>
<p>2. เพื่อลดระดับความเจ็บปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม</p> <p>3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมสามารถใช้งานข้อเข่าได้ดีขึ้น</p>	<p>- แบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม womac ฉบับภาษาไทย อาการปวดเข่าลดลงร้อยละ 80</p> <p>- แบบประเมินความพึงพอใจ ร้อยละ 80</p> <p>- แบบบันทึกคุณภาพชีวิต (Quality of life) คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</p>



และกิจกรรมย่อย

ระบุชนิดกิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา
<b>กิจกรรมที่ 1 การสำรวจข้อมูล</b>		
1.1 สํารวจผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม และสรุปรายชื่อผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ม.ค.- ก.ย.62
1.2 ประชาสัมพันธ์ข่าวสารผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้าน	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ม.ค.- ก.ย.62
1.3 หนังสือเชิญผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่ามาเข้าร่วมโครงการ	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ม.ค.- ก.ย.62
<b>กิจกรรมที่ 2 การเตรียมความพร้อม</b>		
2.1 ประสานวิทยากรให้ความรู้ภาวะข้อเข่าเสื่อมแก่ผู้สูงอายุ	ค่าค่าสมานาคุณวิทยากร 600 บาท x 2 ชม x จำนวน 2 วัน x วันละ 1 ท่าน เป็นเงิน 2,400 บาท	ม.ค.- ก.ย.62
2.2 จัดซื้อ /จัดหา อุปกรณ์สำหรับการเตรียมยา และยายาพอกจับโป่งเข่า จากศูนย์การแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ	ค่ายาพอกจับโป่งเข่า 40 ราย X 5 ครั้งๆ ละ 50 บาท เป็นเงิน 10,000 บาท ค่าอุปกรณ์การผสมยาพอก ถ้วยพลาสติก จำนวน 100 ชิ้น เป็นเงิน 300 บาท	ม.ค.- ก.ย.62
2.3 แบบบันทึกการรักษาต่อเนื่อง 5 วัน	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ม.ค.- ก.ย.62
<b>กิจกรรมที่ 3 จัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย</b>		
3.1 ชี้แจงรายละเอียด รับทราบ ข้อตกลงเข้าร่วมโครงการ	ค่าพาหนะเดินทาง 50 บาท X 40 คน X จำนวน 1 วัน เป็นเงิน 2,000 บาท ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 20 บาท X 40 คน x1 มื้อ เป็นเงิน 800 บาท	ม.ค.- ก.ย.62
3.2 ประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จาก แบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMA) ฉบับภาษาไทย	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ม.ค.- ก.ย.62
3.3 สาธิตและการปฏิบัติหัตถการทางการแพทย์แผนไทย หัตถการพอกยา สอนการบริหารข้อเข่าและกล้ามเนื้อ	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ม.ค.- ก.ย.62
3.4 ประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังจากการทำหัตถการพอกยา แบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMA) ฉบับภาษาไทย	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ม.ค.- ก.ย.62
3.5 การแจกอุปกรณ์และยาพอกเข่า พร้อมแบบบันทึกการทำหัตถการการรักษาต่อเนื่อง	ค่าหัตถการพอกยา 30 บาท X 40 คน เป็นเงิน 1,200 บาท	ม.ค.- ก.ย.62
<b>กิจกรรมที่ 4 ติดตามผลการรักษา</b>		
4.1 ประเมินผลการรักษา กับแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMAC) ฉบับภาษาไทย หลังทำหัตถการ	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ม.ค.- ก.ย.62
4.2 สาธิตการทำยาพอกเข่าอย่างง่าย	ค่าอุปกรณ์	ม.ค.- ก.ย.62

	เครื่องปั่นจำนวน 1 เครื่อง เป็นเงิน 1,500 บาท ค่าสมุนไพรจำนวน 4 รายการ เป็นเงิน 460 บาท ค่าพาหนะเดินทาง 50 บาท X 40 คน X จำนวน 1 วัน เป็นเงิน 2,000 บาท ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 20 บาท X 40 คน x1 มื้อ เป็นเงิน 800 บาท	
4.3 สรุปผลโครงการ	ไม่มีค่าใช้จ่าย	ตลอดปีงบประมาณ
หมายเหตุ : ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้	รวม 21,460 บาท	

### 7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับการ  
 จำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

7.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.  
 2557 ข้อ 7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน.....

- 7.1.1 หน่วยงานหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. รพ
- 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 หน่วยงานบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข

[ข้อ 7(1)]

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

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 (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ 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 ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
  - 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  - 7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
  - 7.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
  - 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .....
- 7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
  - 7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 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 ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 7.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - 7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 7.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
  - 7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
  - 7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
  - 7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  - 7.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .....
- 7.4.4 กลุ่มวัยทำงาน
  - 7.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 7.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

- 7.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 7.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 7.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

ทำงาน

- 7.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- 7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- 7.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 7.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .....
- 7.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ
  - 7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 7.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 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 ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 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 ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 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 ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 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..... กิตติมา สนั่นชิว .....ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

( นางสาวกิตติมา สนั่นชิว )

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....

(ลงชื่อ).....  .....ผู้เห็นชอบโครงการ/ผู้อนุมัติ

( นายอนุรักษ์ สารภาพ )

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....ตำบลห้วยลึก.....  
ครั้งที่ ...1... / 2562 เมื่อวันที่ .....27...มีนาคม...2562..... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน .....20,000..... บาท

เพราะ .....

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3)  
ภายในวันที่ .....

ลงชื่อ .....

(นายสะอาด บาวเข้มชัย)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....2...เมษายน...2562.....

## การขอรับเงินอุดหนุน

## กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ห้วยลึก

ที่ทำการกองทุนสุขภาพตำบล อบต.ห้วยลึก

หมู่ที่ ๙ ตำบลห้วยลึก อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ๙๐๒๒๐

วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๒

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ห้วยลึก ระหว่าง โรงพยาบาลควนเนียง โดย ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ห้วยลึก ซึ่งต่อไปบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ห้วยลึก โดย นายสะอาด บาวเข้ม ข้อย ในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล อบต.ห้วยลึก ซึ่งต่อไปบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมในบันทึกนี้ ซึ่งต่อไปเรียกว่า โครงการ/กิจกรรมตามที่ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.ห้วยลึก ได้ให้เงินอุดหนุนทั้งสิ้น ๒๐,๐๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนสุขภาพตำบล อบต.ห้วยลึก และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ ๒ การจ่ายเงิน ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม จะจ่ายเงินให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยมีการจ่ายให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ดังนี้

ก. จ่ายงวดเดียวทั้งโครงการ/กิจกรรม เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๐,๐๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)

ข. จ่ายเป็นงวด ดังนี้

งวดที่ ๑ จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

งวดที่ ๒ จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

งวดสุดท้าย จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงานราชการ หน่วยงานนั้นต้องออกไปเสรีรับเงิน ของหน่วยงานให้กับกองทุนเพื่อเป็นหลักฐานในการรับเงิน กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรภาคเอกชน หรือภาคประชาชน ให้ผู้แทนหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรภาคเอกชน หรือภาคประชาชนนั้น ลงนามในใบสำคัญรับเงินที่กองทุนจัดทำขึ้นจำนวน ๒ คน และให้แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับเงินแนบใบสำคัญรับเงิน

ข้อ ๓ ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมต้องนำเงินที่ได้รับไปดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการอนุมัติไป หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมไม่ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติไป เว้นแต่การไม่ดำเนินการนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัยหรือภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำ ของผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่าย ไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมรวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย โดยมีเงื่อนไขดังนี้

๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติ

๒. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม

๔. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงาน ให้คืนเงินที่เหลือให้กองทุน เพื่อดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนแก่โครงการหรือกิจกรรมอื่น ๆ ต่อไป

๕. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม รายงานผลการดำเนินการให้กองทุนตามรูปแบบและระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งเอกสารอื่นๆ ที่คณะกรรมการกำหนด

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามที่กองทุนกำหนด

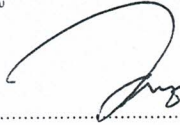
บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

กิตติมา สนธิขาว

(นางสาวกิตติมา สนธิขาว)

โรงพยาบาลควนเนียง  
ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม



(นายสะอาด บาวเข้มช้อย)

ประธานกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล อบต.ห้วยลึก  
ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

กรรมการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

กรรมการ



# ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง  
จังหวัดสงขลา 90220

วันที่ ๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ ๒๕๖๒  
 ข้าพเจ้า น.ต. ทวีป ชัยเชื้อน บ้านเลขที่ ๒๗ หมู่ที่ ๑  
 ตำบล วัดภูมิ อำเภอ ควนเนียง จังหวัด สงขลา  
 ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลควนเนียง ดังมีรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม จำนวน ๕ มื้อ มื้อละ ๒๐ บาท ๗๐ บาท จำนวน ๑๑ คน คืนเงิน	๗๖๐	-
รวมทั้งสิ้น	๗๖๐	-

(.....)  
(.....)

ลงชื่อ น.ต. ทวีป ชัยเชื้อน ผู้รับเงิน  
 ( น.ต. ทวีป ชัยเชื้อน )

ลงชื่อ กิตติมา สันธิพงษ์ ผู้จ่ายเงิน  
 ( น.ต. กิตติมา สันธิพงษ์ )

**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 Identification Number 9 9009 00582 47 9

ชื่อต้นและชื่อสกุล น.ส. คณิณี ขันเขื่อน  
 Name Miss Khanueng  
 Last name Yimyuean

เกิดที่ 6 ก.ค. 2504  
 Date of Birth 6 Jul. 1961

ศาสนา พุทธ

ศึกษา 177 ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๓ โรงเรียนวัดสวนกุหลาบ


จ.สงขลา

6 ก.ค. 2559  
 วันออกบัตร 5 Jul. 2016  
 Date of Issue

5 ก.ค. 2567  
 วันหมดอายุ 5 Jul. 2024  
 Date of Expiry



BOFA-Y2 03-2559



ประเทศไทย  
 THAILAND

JT3-1021980-78

07460 ✓ ✓  
 21 62106



## ใบสำคัญรับเงิน

## สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม ..... วิทยาลัยอาชีวศึกษาหนองบัว

โครงการ / หลักสูตร ..... ๑. หลักสูตรผู้สอนที่วัดภาระ ๖๐ แห่งสำหรับวิทยากร ๒. หลักสูตร ในอำเภอหนองบัว  
ฝึกอบรมประมาณ ๒๐๒๒ วันที่ ๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า ..... น.ส. จันทจิรา นิลนวล ..... อยู่บ้านเลขที่ ๔๐

ตำบล/แขวง ..... กิ่งแขวง เขมราฐ ..... อำเภอ/เขต ..... รัตนวาปี ..... จังหวัด ..... สกลนคร

ได้รับเงินจาก ..... วิทยาลัยอาชีวศึกษาหนองบัว ..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าสมนาคุณวิทยากรในการอบรมผู้สอนเรื่อง ๖๐ แห่งสำหรับวิทยากร	๒,๕๐๐ -
ค่าผู้สอน ๑๐ แห่ง เรื่อง สมานไพรกับผู้สอนที่วัดภาระ ๖๐ แห่งสำหรับวิทยากร	
ในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๒ ( ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น )	
วันละ ๒ ชั่วโมง ชั่วโมงละ ๖๐๐ บาท จำนวน ๒ วัน หนึ่งวัน	
บาท	๒,๕๐๐ -

จำนวนเงิน ( สก๊อตพันสี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน )

(ลงชื่อ) ..... *น.ส. จันทจิรา นิลนวล* ..... ผู้รับเงิน

(น.ส. จันทจิรา นิลนวล)

(ลงชื่อ) ..... กิตติมา สันจิตา ..... ผู้จ่ายเงิน


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9014 00004 09 8

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. จันจิรา บิลลี่  
 Name Miss Junjira  
 Last Name Billee  
 เกิดวันที่ 15 ธ.ค. 2529 Date of Birth 15 Dec. 1986

อายุ 40 หมู่ที่ 10 ต.กำแพงเพชร อ.วัดขุม จ.สงขลา  
 17 ธ.ค. 2558 วันออกบัตร 17 Dec. 2013 (นางสาวจันจิรา บิลลี่) เจ้าพนักงานออกบัตร  
 14 ธ.ค. 2565 วันหมดอายุ 14 Dec. 2022 9008-01-12171026



BORA-16-02



ประเทศไทย THAILAND

JTO--0742387--79

สำเนาถูกต้อง  
 (น.ส.จันจิรา บิลลี่)

# สำเนาคุณนับ

ที่ สข ๐๐๓๒.๓๐๕/๑๑/๗๖๗

โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอกวนเนียง  
จังหวัดสงขลา ๙๐๒๒๐

๗๐ กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญเป็นวิทยากร

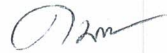
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสีทอง

ด้วยงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลควนเนียง ได้ดำเนินการจัดโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
ข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในอำเภอกวนเนียง ในวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๒ และวันที่  
๗ สิงหาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า ตำบลห้วยลึก  
อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลควนเนียง จึงขอเชิญนางสาวจันจิรา บิลลีย์ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย  
ปฏิบัติการ เป็นวิทยากรในการอบรมตามวันเวลา และสถานที่ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอรับการสนับสนุน จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นายคณาวุฒิ นิธิกุล)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง

งานแพทย์แผนไทย

โทร.๐๗๔-๓๘๖๖๔๖ ต่อ ๑๑๘

โทรสาร.๐๗๔-๓๘๖๖๔๗ ต่อ ๑๑๒

.....ร่าง  
.....  
.....  
.....

กำหนดการ  
โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอกวนเนียง  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒  
วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒  
ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยลึก อ.กวนเนียง จ.สงขลา

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า

- ๑๓.๐๐ - ๑๓.๓๐ น. ลงทะเบียน
- ๑๓.๓๐ - ๑๔.๓๐ น. ทำแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม womac ฉบับภาษาไทย
- ๑๔.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. ความรู้เรื่องภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
- ๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. พักรับประทานอาหารว่าง
- ๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. สาธิตการปฏิบัติหัตถการทางการแพทย์แผนไทย
- ๑๖.๓๐ - ๑๗.๓๐ น. การบริหารสำหรับผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. แบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม womac ฉบับภาษาไทยหลัง  
แจกอุปกรณ์หัตถการให้ผู้ป่วนำกลับไปใช้เองที่บ้านต่อเนื่อง ๕ วัน
- ๑๖.๓๐ - ๑๗.๓๐ น. นัดติดตามทำกิจกรรมครั้งต่อไป
- ๑๖.๓๐ - ๑๗.๓๐ น. หัตถการพอกยาสมุนไพร

กำหนดการ  
โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียง  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒  
( ครั้งที่ ๒ )

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยปราบ อ.ควนเนียง จ.สงขลา  
วันที่ ๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ ๒๕๖๒

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยปราบ

- ๑๓.๐๐ - ๑๓.๓๐ น. ลงทะเบียน  
ทำแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม womac ฉบับภาษาไทย  
หลังทำการคัดกรองต่อเนื่อง ๕ วัน
- ๑๓.๓๐ - ๑๔.๓๐ น. ความรู้เรื่อง สมุนไพรกับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๑๔.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. พักรับประทานอาหารว่าง
- ๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. สอนและสาธิตการปฏิบัติคัดกรองทางการแพทย์แผนไทย  
การดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
- ๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ปิดการฝึกอบรม
-





ประพัสสร วรรณทอง

50/20 ถ.งามวงศ์วาน แขวงลาดยาว

เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 11000

โทร 081-5490095 , 045669169 ID LINE PUIKE

ใบส่งของ

นามลูกค้า โรงพยาบาลควนเนียง

ที่อยู่ เลขที่1 หมู่10 ต.รัตภูมิ อ.ควนเนียง จ.สงขลา 902220

โทรศัพท์ 074-386646 ต่อ 118

086-7479149

วันที่.....

เล่มที่..... 03

เลขที่..... 71

ลำดับ	รายการ	จำนวน/ชุด	ราคา/ชุด	รวม
1	สมุนไพรรพอกเข้า TTM CODE 420000012359207044110933	30 ชุด	300	9,000
แก้พันบาทถ้วน			รวมยอดสุทธิ	9,000



ผู้รับเงิน

ใบเสนอราคา

สมุนไพรพอกเข้า บรรเทาอาการปวดข้อเข้า เข้าไม่มีกำลัง

วันที่ .....	นางสาวประพัทธ์สร วรรณทอง
ผู้ติดต่อ โรงพยาบาลควนเนียง	ทะเบียนการค้าเลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3330800341696
ที่อยู่ เลขที่1 หมู่10 ต.รัษฎา อ.ควนเนียง จ.สงขลา 902220	50/20 ถ.งามวงศ์วาน แขวงลาดยาว
โทรศัพท์ 074-386646ต่อ 118	เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 11000
086-7479149	โทร 081-5490095 , 045669169 ID LINE PUIKE

ขอเสนอราคา.....ชุดพอกเข้า.....ดังนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน/ชุด	ราคา/ชุด	ราคารวม
1.	สมุนไพรพอกเข้า TTMCODE 420000012359207044110933	30	300	9,000
			รวมเงิน	9,000
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 %	-
เก้าพันบาทถ้วน			จำนวนเงินทั้งสิ้น	9,000

ราคาดังกล่าวจะยืนอยู่ 30 วัน และข้าพเจ้ารับรองว่า จะส่งมอบสิ่งของดังกล่าวข้างต้นได้

ภายในกำหนด 30 วัน นับแต่วันรับใบสั่งซื้อ

การสั่งซื้อ/จ้าง อยู่ภายในเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. กำหนดส่งมอบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับ/ตกลง สั่งซื้อยาสมุนไพร

2. สถานที่ส่งมอบ รพ.ควนเนียง เลขที่ 1 หมู่ 10 ตำบลรัษฎา อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา 90220

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ลงนาม.....ผู้เสนอราคา

(นางสาวประพัทธ์สร วรรณทอง)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 3 3308 00341 69 6  
Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. ประพิศตร วรณทอง

Name Miss Praphatson

Last name Wanthong

เกิดวันที่ 6 มิ.ย. 2521

Date of Birth 6 Jun. 1978

ชื่อเล่น พุฒ

ที่พำนักถาวร กรุงเทพมหานคร

เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร

23 พ.ค. 2558

วันออกบัตร

27 มิ.ย. 2013

Date of Issue

(นางสาวประพิศตร)  
เจ้าพนักงานเสมียน

5 มิ.ย. 2564

วันบัตรหมดอายุ

5 Jun. 2021

Date of Expiry



1050-02-06231213

BORA-16-01



ประเทศไทย  
THAILAND

J10-0683830-10

สำเนาถูกต้อง



นางสาว ประพิศตร วรณทอง



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายบริหารทั่วไป งานพัสดุ โทร. 0 7438 6646 โทรสาร 0 7438 6647 ต่อ 112

ที่ สข 0032.301/11/ ช.434/62

วันที่ 15 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติซื้อ / จ้าง ค่าใช้จ่ายโครงการ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

### 1. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ / จ้าง

ด้วยกลุ่มงาน งานแพทย์แผนไทย มีความประสงค์จะดำเนินการซื้อ/จ้าง ค่าใช้จ่ายโครงการ เพื่อใช้ในโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย โดยเบิกจ่ายจากเงินโรงพยาบาลควนเนียง ตามแผนลำดับที่ -

ข้าพเจ้าได้เปรียบเทียบราคาซื้อ/จ้าง ดังกล่าว ในท้องตลาดแล้ว เห็นว่า นางสาวประภัสสร วรรณทอง 50/20 ถ.งามวงศ์วาน เขตจตุจักร กทม.

ตามใบเสนอราคาเลขที่: -

ลงวันที่: -

ครบกำหนดยื่นราคาวันที่: -

เป็นผู้เสนอราคาที่เหมาะสม สมควรจัดซื้อ/จ้าง

### 2. รายละเอียดของพัสดุที่จะซื้อ / จ้าง

ลำดับ	รายการซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ	ยอดเงินทั้งสิ้น
1	สมุนไพรพอกเข่า	30.00	ชุด	300.00	9,000.00
รวม	1 รายการ		ราคาสินค้า	ภาษี	รวมเงินทั้งสิ้น
			9,000.00		9,000.00

ตัวอักษร. ( เก้าพันบาทถ้วน

\*\*\*\*\*)

กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุ :

### 3. ข้อกฎหมาย

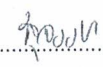
เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 โดยวิธีเฉพาะเจาะจง มาตรา 56(2)(ข)

จึงอนุมัติดำเนินการจัดซื้อ/จ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง พร้อมแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง

1. นางสาวกิตติมา สนธิ์ขาว ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ผู้ตรวจรับพัสดุ

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการตรวจรับ ให้แล้วเสร็จภายใน.....3.....วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบพัสดุ หรือวันที่ประธานกรรมการตรวจการจ้าง ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความเห็นชอบในการจัดซื้อ / จ้าง และอนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการ ตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง ตามรายละเอียดข้างต้นด้วย ทั้งนี้ เป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้รับมอบอำนาจจากผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา ตามคำสั่งจังหวัดสงขลา ที่ 2223/2561 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ลงชื่อ..........


( นางสาวสุจรรรยา ศิริมูลิกะ )

เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

-เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และให้เบิกจ่ายจากเงิน

- เงินบำรุง..... บาท
- เงินงบประมาณ..... บาท
- เงินบริจาค..... บาท
- เงินอื่น ๆ ..... บาท

ลงชื่อ..........

( นางปิ่นติดา วรรณโชติ )

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- อนุมัติให้ดำเนินการได้ตามเสนอ

ลงชื่อ..........

( นายอนุรักษ์ สารภาพ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

วันที่ 15 กรกฎาคม 2562

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้า เจ้าหน้าที่ และ คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า	นางปณิตตา วรรณโชติ	หัวหน้าเจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ	เจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวกิตติมา สนธิ์ขาว	ผู้ตรวจรับพัสดุ

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม หรือ ผลประโยชน์ใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ กับ นางสาวประภัสสร วรรณทอง 50/20 ถ.งามวงศ์วาน เขตจตุจักร กทม. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือ ผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม .....  
นางปณิตตา วรรณโชติ  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงนาม .....  
นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ  
เจ้าหน้าที่

ลงนาม .....  
นางสาวกิตติมา สนธิ์ขาว  
ผู้ตรวจรับพัสดุ







บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายการพยาบาล

ที่ สข 0032.301/11/พิเศษ

วันที่ 15 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติแต่งตั้งผู้กำหนดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

งานพัสดุจัด

ซื้อสมุนไพรพอกเข้า

จำนวน 1 รายการ

วงเงิน 9,000.00 บาท (

เก้าพันบาทถ้วน

) เพื่อให้การกำหนด

รายละเอียดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการ


บริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ข้อ 21 มติคณะรัฐมนตรีและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง จึงขอแต่งตั้งบุคคลดังรายชื่อ

ต่อไปนี้เพื่อจัดทำรายละเอียดขอบเขตของงาน

1 นางสาวกิตติมา สนธิชาว


แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.......... เจ้าหน้าที่

(นางสาวสุจรรยา ศิริมูลิเกะ)

เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.......... หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางปณิตตา วรรณโชติ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

ลงชื่อ..........

(นายอนุรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา





บริษัท ซีอาร์ หาดใหญ่ (ประเทศไทย) จำกัด สำนักงานใหญ่

เลขที่9 ถนนธรรมบุญวิถึ ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่  
จังหวัดสงขลา 90110 โทร.(074) 354-503-9

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร : 0905538002731

เลขที่ 2240207191050187 หน้าที่ 1 / 1  
Ref. Receipt No. 301-078828

ใบเสร็จวันที่ 24 กรกฎาคม 2562

दनฉบับ

ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี (Receipt/Tax Invoice)

ชื่อ โรงพยาบาลควนเนียง สำนักงานใหญ่ เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0994000580100  
ที่อยู่ เลขที่ 1 หมู่ 10 ต.รัตภูมิ อ.ควนเนียง จ.สงขลา 90220

ลำดับ	รหัสสินค้า	ชื่อสินค้า	จำนวน	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
1	V 8710103601463	เครื่องปั่นน้ำผลไม้2	1	1,290.00	1,290.00

TP No. : 301-086001



รวม	1	1,290.00
-----	---	----------

( หนึ่งพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน )	ส่วนลด	:	0.00	
	รวมเงิน	:	1,290.00	
	ชำระโดย			
มูลค่าสินค้าที่ยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่ม :	0.00	CASH	:	2,000.00
มูลค่าสินค้าที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม :	1,290.00	Change	:	-710.00
มูลค่าสินค้าที่เสียภาษีมูลค่าเพิ่ม :	1,205.61			
ภาษีมูลค่าเพิ่ม :	84.39			

หมายเหตุ: ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ เมื่อบริษัทฯ ได้รับชำระเงินเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

ผู้รับเงิน :

V = สินค้าที่คิดภาษีมูลค่าเพิ่ม, N = สินค้าที่ยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่ม

จำนวนเงินทั้งหมดเป็นสกุลเงินบาท BHT

## ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ 24 กรกฎาคม 2562

ตามบันทึกข้อความที่ สข 0032.301/11/ข.424/62 ได้อนุมัติให้จัดซื้อ วัสดุอื่น

จำนวนพัสดุที่ส่งมอบ 1 รายการ และเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ  
ภาครัฐ พ.ศ. 2560 และได้แต่งตั้งบุคคลดังรายชื่อต่อไปนี้เป็น คณะกรรมการตรวจรับ

บัดนี้ คณะกรรมการผู้มีนามข้างทำยนี้ ได้พร้อมกันตรวจรับพัสดุดังกล่าว ตามใบส่งของ/ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน

เล่มที่ - เลขที่ 301-078828 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2562 มีรายละเอียดดังนี้

ลำดับ	รายการซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ	ยอดเงินทั้งสิ้น
1	เครื่องปั่นน้ำผลไม้ สำหรับปั่นสมุนไพรม	1.00	เครื่อง	1,290.00	1,290.00
รวม	1 รายการ		ราคาสินค้า	ภาษี	รวมเงินทั้งสิ้น
			1,290.00		1,290.00

ตัวอักษร. (หนึ่งพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน

\*\*\*\*\*)

คณะกรรมการตรวจรับ ได้ดำเนินการตรวจรับ ตามหลักฐานที่ตกลงกันไว้เมื่อ วันที่ 22 กรกฎาคม 2562

คณะกรรมการได้ตรวจรับงานแล้ว ผลปรากฏว่า

ผลการตรวจรับ

- ถูกต้อง  
 ครบถ้วนตามสัญญา  
 ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

ค่าปรับ

- มีค่าปรับ  
 ไม่มีค่าปรับ

ลงชื่อ..... กิตติมา สนั่นชีพ

นางสาวกิตติมา สนั่นชีพ

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

- ผู้ตรวจรับพัสดุได้ตรวจรับพัสดุเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เห็นควรส่ง  
หลักฐานเพื่อเบิกจ่ายเงินให้แก่ผู้ขาย/รับจ้าง ต่อไป  
- เพื่อโปรดทราบและพิจารณา

สุภาวภา  
(นางสาวสุภาวภา ศิริมุลิกะ)  
เจ้าหน้าที่

(นางปิ่นจิตา วรรณโชติ)  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- ทราบ/ดำเนินการ

.....  
(นายอนุรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายบริหารทั่วไป งานพัสดุ โทร. 0 7438 6646 โทรสาร 0 7438 6647 ต่อ 112

ที่ สข 0032.301/11/ ซ.424/62

วันที่ 22 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติซื้อ / จ้าง วัสดุอื่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

### 1. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ / จ้าง

ด้วยกลุ่มงาน งานแพทย์แผนไทย มีความประสงค์จะดำเนินการซื้อ/จ้าง วัสดุอื่น

เพื่อ เพื่อใช้ในการปั่นสมุนไพรพอกเข้า

โดยเบิกจ่ายจากเงินโรงพยาบาลควนเนียง ตามแผนลำดับที่ -

ข้าพเจ้าได้เปรียบเทียบราคาซื้อ/จ้าง ดังกล่าว ในท้องตลาดแล้ว เห็นว่า

บริษัท ซีอาร์ หาดใหญ่ ประเทศไทย จำกัด 9 ถนนธรรมบุญวิถี ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ตามใบเสนอราคาเลขที่: -

ลงวันที่: -

ครบกำหนดยื่นราคาวันที่: -

เป็นผู้เสนอราคาที่เหมาะสม สมควรจัดซื้อ/จ้าง

### 2. รายละเอียดของพัสดุที่จะซื้อ / จ้าง

ลำดับ	รายการซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ	ยอดเงินทั้งสิ้น
1	เครื่องปั่นน้ำผลไม้ สำหรับปั่นสมุนไพร	1.00	เครื่อง	1,290.00	1,290.00
รวม	1 รายการ		ราคาสินค้า	ภาษี	รวมเงินทั้งสิ้น
			1,290.00		1,290.00

ตัวอักษร.( หนึ่งพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน

\*\*\*\*\*)

กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุ :

### 3. ข้อกฎหมาย

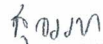
เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 โดยวิธีเฉพาะเจาะจง มาตรา 56(2)(ข)

จึงอนุมัติดำเนินการจัดซื้อ/จ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง พร้อมแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง

1. นางสาวกิตติมา สนธิขาว ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ผู้ตรวจรับพัสดุ

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการตรวจรับ ให้แล้วเสร็จภายใน.....3.....วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบพัสดุ หรือวันที่ประธานกรรมการตรวจการจ้าง ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความเห็นชอบในการจัดซื้อ / จ้าง และอนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการ ตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง ตามรายละเอียดข้างต้นด้วย ทั้งนี้ เป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้รับมอบอำนาจจากผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา ตามคำสั่งจังหวัดสงขลา ที่ 2223/2561 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ลงชื่อ.....

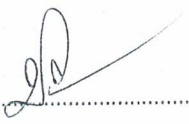
( นางสาวสุจรยา ศิริมุติกะ )

เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

-เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และให้เบิกจ่ายจากเงิน

- เงินบำรุง..... บาท
- เงินงบประมาณ..... บาท
- เงินบริจาค..... บาท
- เงินอื่น ๆ ..... บาท

ลงชื่อ.....

( นางปณิตตา วรรณโชติ )

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- อนุมัติให้ดำเนินการได้ตามเสนอ

ลงชื่อ.....

( นายอนุรักษ์ สารภาพ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

วันที่ 22 กรกฎาคม 2562

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้า เจ้าหน้าที่ และ คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า	นางปณิตตา วรรณโชติ	หัวหน้าเจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ	เจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวกิตติมา สนธิขาว	ผู้ตรวจรับพัสดุ

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม หรือ ผลประโยชน์ใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ กับ บริษัท ซีอาร์ ทาดใหญ่ ประเทศไทย จำกัด 9 ถนนธรรมบุญวิถี ต.ทาดใหญ่ อ.ทาดใหญ่ จ.สงขลา ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือ ผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม



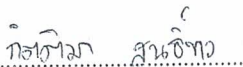
นางปณิตตา วรรณโชติ  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงนาม



นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ  
เจ้าหน้าที่

ลงนาม



นางสาวกิตติมา สนธิขาว  
ผู้ตรวจรับพัสดุ







บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายการพยาบาล

ที่ สข 0032.301/11/พิเศษ

วันที่ 22 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติแต่งตั้งผู้กำหนดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

งานพัสดุจัด

ซื้อวัสดุงานบ้านงานครัว

จำนวน 1 รายการ

วงเงิน

1,290.00 บาท (

หนึ่งพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน

) เพื่อให้การกำหนด

รายละเอียดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการ


บริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ข้อ 21 มติคณะรัฐมนตรีและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง จึงขอแต่งตั้งบุคคลดังรายชื่อ

ต่อไปนี้เพื่อจัดทำรายละเอียดขอบเขตของงาน

1 นางสาวกิตติมา สนธิขาว


แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.......... เจ้าหน้าที่

(นางสาวสุจรรรยา ศิริมุสิกะ)

เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.......... หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางปิ่นจิตตา วรรณโชติ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

ลงชื่อ..........

(นายอนุรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา



ร้านบ้านร่มโพธิ์พร ๑๐ หมู่ ๕  
 ๕๕๙/๒ ม.๑ ต.รัตนบุรี อ.รัตนบุรี  
 จ. สุรินทร์

เล่มที่ 4  
 เลขที่ 3

บิลเงินสด  
 CASH SALE

นาม CUSTOMER..... รพ. สวนโพธิ์	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 39๐๐9๐๐616322
ที่อยู่ ADDRESS..... อ.รัตนบุรี จ. สุรินทร์	วันที่ DATE..... ๗-๘-๖๕

จำนวน Qty	รายการ Description	ราคา @	จำนวนเงิน	
			บาท	สต.
1 กก	ข้าวโพด	350	350	-
6 ขีด	หมูแดง	100	60	-
2 ม	ข้าวเหนียว	25	50	-
รวมเงิน TOTAL			460	

ผู้รับเงิน.....



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายบริหารทั่วไป งานพัสดุ โทร. 0 7438 6646 โทรสาร 0 7438 6647 ต่อ 112

ที่ สข 0032.301/11/ ข.476/62

วันที่ 7 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติซื้อ / จ้าง วัสดุอื่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

### 1. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ / จ้าง

ด้วยกลุ่มงาน งานแพทย์แผนไทย มีความประสงค์จะดำเนินการซื้อ/จ้าง วัสดุอื่น

เพื่อ เพื่อใช้ในโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

โดยเบิกจ่ายจากเงินโรงพยาบาลควนเนียง ตามแผนลำดับที่ -

ข้าพเจ้าได้เปรียบเทียบราคาซื้อ/จ้าง ดังกล่าว ในท้องตลาดแล้ว เห็นว่า

ร้านบ้านยาสมุนไพรร 559/2 ม.2 ต.รัตภูมิ อ.ควนเนียง จ.สงขลา

ตามใบเสนอราคาเลขที่: -

ลงวันที่: -

ครบกำหนดยื่นราคาวันที่: -

เป็นผู้เสนอราคาที่เหมาะสม สมควรจัดซื้อ/จ้าง

### 2. รายละเอียดของพัสดุที่จะซื้อ / จ้าง

ลำดับ	รายการซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ	ยอดเงินทั้งสิ้น
1	หัวโพล	1.00	กิโลกรัม	350.00	350.00
2	ปูนแดง	0.60	ขีด	100.00	60.00
3	ข้าวสาร	2.00	กิโลกรัม	25.00	50.00
รวม	3 รายการ		ราคาสินค้า	ภาษี	รวมเงินทั้งสิ้น
			460.00		460.00

ตัวอักษร. ( สี่ร้อยหกสิบบาทถ้วน

\*\*\*\*\*)

กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุ :

คณะกรรมการได้ตรวจรับงานแล้ว ผลปรากฏว่า

ผลการตรวจรับ

ถูกต้อง

ครบถ้วนตามสัญญา

ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

ค่าปรับ

มีค่าปรับ

ไม่มีค่าปรับ

ลงชื่อ..... กิตติมา สนิธิชาน


นางสาวกิตติมา สนิธิชาน


ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

- ผู้ตรวจรับพัสดุได้ตรวจรับพัสดุเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เห็นควรส่งหลักฐานเพื่อเบิกจ่ายเงินให้แก่ผู้ขาย/รับจ้าง ต่อไป
- เพื่อโปรดทราบและพิจารณา

  
(นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ)  
เจ้าหน้าที่

  
(นางปิ่นชิตา วรรณโชติ)  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- ทราบ/ดำเนินการ

  
(นายอนรรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

### 3. ข้อกฎหมาย

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 โดยวิธีเฉพาะเจาะจง มาตรา 56(2)(ข)

จึงอนุมัติดำเนินการจัดซื้อ/จ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง พร้อมแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง

1. นางสาวกิตติมา สนั่นขาว ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ผู้ตรวจรับพัสดุ

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการตรวจรับ ให้แล้วเสร็จภายใน.....3.....วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบพัสดุ หรือวันที่ประธานกรรมการตรวจการจ้าง ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความเห็นชอบในการจัดซื้อ / จ้าง และอนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการ ตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง ตามรายละเอียดข้างต้นด้วย ทั้งนี้ เป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้รับมอบอำนาจจากผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา ตามคำสั่งจังหวัดสงขลา ที่ 2223/2561 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ลงชื่อ.....

( นางสาวสุจรรยา ศิริมสิกะ )

เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

-เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และให้เบิกจ่ายจากเงิน

- เงินบำรุง..... บาท  
 เงินงบประมาณ..... บาท  
 เงินบริจาค..... บาท  
 เงินอื่น ๆ ..... บาท

ลงชื่อ.....

( นางปัทมา วรรณโชติ )

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- อนุมัติให้ดำเนินการได้ตามเสนอ

ลงชื่อ.....

( นายอนุรักษ์ สารภาพ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

วันที่ 7 สิงหาคม 2562

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้า เจ้าหน้าที่ และ คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า	นางปิ่นจิตตา วรรณโชติ	หัวหน้าเจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ	เจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวกิตติมา สนธิขาว	ผู้ตรวจรับพัสดุ

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม หรือ ผลประโยชน์ใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ กับ ร้านบ้านยาสมุนไพรร 559/2 ม.2 ต.รัตนภูมิ อ.ควนเนียง จ.สงขลา ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือ ผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม



นางปิ่นจิตตา วรรณโชติ  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงนาม



นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ  
เจ้าหน้าที่

ลงนาม

กิตติมา สนธิขาว

นางสาวกิตติมา สนธิขาว  
ผู้ตรวจรับพัสดุ







บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายการพยาบาล

ที่ สข 0032.301/11/พิเศษ

วันที่ 7 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติแต่งตั้งผู้กำหนดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

งานพัสดุจัด

ซื้อวัสดุอื่น ๆ

จำนวน 3 รายการ

วงเงิน 460.00 บาท ( สี่ร้อยหกสิบบาทถ้วน ) เพื่อให้การกำหนด

รายละเอียดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ข้อ 21 มติคณะรัฐมนตรีและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง จึงขอแต่งตั้งบุคคลดังรายชื่อต่อไปนี้เพื่อจัดทำรายละเอียดขอบเขตของงาน

1 นางสาวกิตติมา สนั่นขาว

แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....  ..... เจ้าหน้าที่

(นางสาวสุจรรยา ศิริมณีสีกะ)

เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....  ..... หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางปัทมา วรรณโชติ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

ลงชื่อ.....  .....

(นายอนรรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา





วันที่ 7 สิงหาคม 2562

ตามบันทึกข้อความที่ สข 0032.301/11/ข.472/62 ได้อนุมัติให้จัดซื้อ วัสดุอื่น

จำนวนพัสดุที่ส่งมอบ 1 รายการ และเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ ภาครัฐ พ.ศ. 2560 และได้แต่งตั้งบุคคลดังรายชื่อต่อไปนี้เป็น คณะกรรมการตรวจรับ

บัดนี้ คณะกรรมการผู้มิมีนามข้างท้ายนี้ได้พร้อมกันตรวจรับพัสดุดังกล่าว ตามใบส่งของ/ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน

เล่มที่ 1 เลขที่ 18 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2562 มีรายละเอียดดังนี้

ลำดับ	รายการซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ	ยอดเงินทั้งสิ้น
1	ถ้วยพลาสติก	30.00	ใบ	5.00	150.00
รวม	1 รายการ		ราคาสินค้า	ภาษี	รวมเงินทั้งสิ้น
			150.00		150.00

ตัวอักษร. (หนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) \* \* \* \* \*

คณะกรรมการตรวจรับ ได้ดำเนินการตรวจรับ ตามหลักฐานที่ตกลงกันไว้เมื่อ วันที่ 7 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการได้ตรวจรับงานแล้ว ผลปรากฏว่า

ผลการตรวจรับ

- ถูกต้อง
- ครบถ้วนตามสัญญา
- ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

ค่าปรับ

- มีค่าปรับ
- ไม่มีค่าปรับ

ลงชื่อ..... กิตติมา สนั่นชีพ

นางสาวกิตติมา สนั่นชีพ

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

- ผู้ตรวจรับพัสดุได้ตรวจรับพัสดุเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เห็นควรส่งหลักฐานเพื่อเบิกจ่ายเงินให้แก่ผู้ขาย/รับจ้าง ต่อไป
- เพื่อโปรดทราบและพิจารณา

(นางสาวสุจรยา ศิริมูสิกะ) เจ้าหน้าที่

(นางปณิตดา วรรณโชติ) หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- ทราบ/ดำเนินการ

(นายอนุรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายบริหารทั่วไป งานพัสดุ โทร. 0 7438 6646 โทรสาร 0 7438 6647 ต่อ 112

ที่ สข 0032.301/11/ ข.472/62

วันที่ 7 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติซื้อ / จ้าง วัสดุอื่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

### 1. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ / จ้าง

ด้วยกลุ่มงาน งานแพทย์แผนไทย มีความประสงค์จะดำเนินการซื้อ/จ้าง วัสดุอื่น เพื่อใช้ในโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย

โดยเบิกจ่ายจากเงินโรงพยาบาลควนเนียง ตามแผนลำดับที่ -

ข้าพเจ้าได้เปรียบเทียบราคาซื้อ/จ้าง ดังกล่าว ในท้องตลาดแล้ว เห็นว่า ร้านเพื่อนเกษตร 480/9 ม.2 ต.รัษฎุมิ อ.ควนเนียง จ.สงขลา

ตามใบเสนอราคาเลขที่: - ลงวันที่: -

ครบกำหนดยื่นราคาวันที่: -

เป็นผู้เสนอราคาที่เหมาะสมสมควรจัดซื้อ/จ้าง

### 2. รายละเอียดของพัสดุที่จะซื้อ / จ้าง

ลำดับ	รายการซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ	ยอดเงินทั้งสิ้น
1	ถ้วยพลาสติก	30.00	ใบ	5.00	150.00
รวม	1 รายการ		ราคาสินค้า	ภาษี	รวมเงินทั้งสิ้น
			150.00		150.00
	ตัวอักษร. ( หนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน			*****)	

กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุ :

3. ข้อกฎหมาย

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 โดยวิธีเฉพาะเจาะจง มาตรา 56(2)(ข)

จึงอนุมัติดำเนินการจัดซื้อ/จ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง พร้อมแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง

1. นางสาวกิตติมา สนธิชา ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ผู้ตรวจรับพัสดุ

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการตรวจรับ ให้แล้วเสร็จภายใน.....3.....วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบพัสดุ หรือวันที่ประธานกรรมการตรวจการจ้าง ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความเห็นชอบในการจัดซื้อ / จ้าง และอนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการ ตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง ตามรายละเอียดข้างต้นด้วย ทั้งนี้ เป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้รับมอบอำนาจจากผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา ตามคำสั่งจังหวัดสงขลา ที่ 2223/2561 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ)

เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

-เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และให้เบิกจ่ายจากเงิน

เงินบำรุง..... บาท

เงินงบประมาณ..... บาท

เงินบริจาค..... บาท

เงินอื่น ๆ ..... บาท

ลงชื่อ.....

(นางปัทมา วรรณโชติ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- อนุมัติให้ดำเนินการได้ตามเสนอ

ลงชื่อ.....

(นายอนุรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

วันที่ 7 สิงหาคม 2562

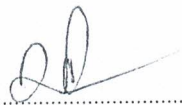
แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้า เจ้าหน้าที่ และ คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า	นางปณิตตา วรรณโชติ	หัวหน้าเจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ	เจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวกิตติมา สนธิขาว	ผู้ตรวจรับพัสดุ

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม หรือ ผลประโยชน์ใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ กับ ร้านเพื่อนเกษตร 480/9 ม.2 ต.รัตนภูมิ อ.ควนเนียง จ.สงขลา ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือ ผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม



นางปณิตตา วรรณโชติ  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงนาม



นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ  
เจ้าหน้าที่

ลงนาม



นางสาวกิตติมา สนธิขาว  
ผู้ตรวจรับพัสดุ







บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายการพยาบาล

ที่ สข 0032.301/11/พิเศษ

วันที่ 7 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติแต่งตั้งผู้กำหนดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

งานพัสดุจัด

ชื่อวัสดุอื่น ๆ

จำนวน 1 รายการ

วงเงิน 150.00 บาท ( หนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน ) เพื่อให้การกำหนด

รายละเอียดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการ

บริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ข้อ 21 มติคณะรัฐมนตรีและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง จึงขอแต่งตั้งบุคคลดังรายชื่อ

ต่อไปนี้เพื่อจัดทำรายละเอียดขอบเขตของงาน

1 นางสาวกิตติมา สนธิ์ขาว

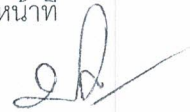
แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....  ..... เจ้าหน้าที่

(นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ)

เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....  ..... หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางปณิติตา วรรณโชติ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

ลงชื่อ.....  .....

(นายอนุรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา



ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง  
จังหวัดสงขลา 90220

วันที่ ๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า นส. ศักดิ์เกษม นิลสมานนท์ บ้านเลขที่ ๕๑ หมู่ ๕ ถ. พหลโยธิน ๑๖  
ตำบล นริทร อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด สงขลา  
ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลควนเนียง ..... ดังมีรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าจ้างขุดเจาะดินทรายถมดินจำนวน ๑ คัน ระยะเวลา 30 นาที เงินโอน	๒๖๐	-
รวมทั้งสิ้น	๒๖๐	-

( สร้อยร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน )

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน  
( นส. ศักดิ์เกษม นิลสมานนท์ )

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน  
( นายสาธิต กิตติธรรม )

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 2 9010 01027 45 9  
Identification Number



ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. สักเกนะ บิลอหาวา

Name Miss Sakeenah

Last name Bin-awa

เกิดวันที่ 9 พ.ค. 2537

Date of Birth 9 May 1994

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 59 หมู่ที่ 5 ต.เทศบาล 16 ต.ปรีดิ

อ.สะเดา จ.สงขลา

31 พ.ค. 2559

วันออกบัตร  
31 May 2016

รศ.ดำรงวิทย์  
(ลาทิศ บัญชีผู้ใส่บัตร)  
เจ้าพนักงานออกบัตร

8 พ.ค. 2568

วันบัตรหมดอายุ  
8 May 2025



9610-02-05311545

เจ้าพนักงาน  
พ.ส.ท.สงกรานต์ มีอชทา

BORA-7.2-03-2559



ประเทศไทย  
THAILAND

JT3-1021896-51

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอกวีนเมืองปีงบประมาณ ๒๕๖๒  
วันที่ ..... และ ..... สิงหาคม ๒๕๖๒

ณ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อำเภอกวีนเมือง จังหวัดสงขลา

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	เบอร์โทรศัพท์	ลายมือชื่อ
1	นางละออง ทรัพย์รุ่งเรือง	35/1 ซ. 5 ต. น. ชลบุรี	091-2761722	ล = อ. ล. ร.
2	นางวิรัช ทรัพย์รุ่งเรือง	159 ซ. 5 ต. น. ชลบุรี	094-660757	วิรัช ทรัพย์รุ่งเรือง
3	นางอรุณี ทรัพย์รุ่งเรือง	74/1 ซ. 9 ต. น. ชลบุรี	061-1957741	อรุณี ทรัพย์รุ่งเรือง
4	นางพิมพ์ ทรัพย์รุ่งเรือง	45/1 ซ. 7 ต. น. ชลบุรี	098-6980269	พิมพ์ ทรัพย์รุ่งเรือง
5	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	88 ซ. 9 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
6	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	190/9 ซ. 9 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
7	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	81/2 ซ. 9 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
8	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	91/3 ซ. 5 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
9	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	102/1 ซ. 5 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
10	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	88 ซ. 7 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
11	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	180 ซ. 7 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
12	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	81 ซ. 2 ต. น. ชลบุรี	095-6997691	อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
13	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	88 ซ. 9 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
14	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	88 ซ. 9 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
15	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	5/1 ซ. 9 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
16	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	13 ซ. 9 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
17	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	45/1 ซ. 5 ต. น. ชลบุรี	061-2761722	อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
18	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	18 ซ. 9 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง
19	นางอรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง	10/4 ซ. 5 ต. น. ชลบุรี		อรุณมา ทรัพย์รุ่งเรือง

กำหนดการ  
โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียง  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒  
วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒  
ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยลึก อ.ควนเนียง จ.สงขลา

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวปาบ

- ๑๓.๐๐ - ๑๓.๓๐ น. ลงทะเบียน
- ๑๓.๓๐ - ๑๔.๓๐ น. ทำแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม womac ฉบับภาษาไทย
- ๑๔.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. ความรู้เรื่องภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
- ๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. พักรับประทานอาหารว่าง
- ๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. สาธิตการปฏิบัติหัตถการทางการแพทย์แผนไทย
- ๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. การบริหารสำหรับผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. แบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม womac ฉบับภาษาไทยหลัง
- แจกอุปกรณ์หัตถการให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้เองที่บ้านต่อเนื่อง ๕ วัน
- นัดติดตามทำกิจกรรมครั้งต่อไป
- ๑๖.๓๐ - ๑๗.๓๐ น. หัตถการพอกยาสมุนไพร

วันที่ 7 สิงหาคม 2562

ตามบันทึกข้อความที่ สข 0032.301/11/จ.183/62 ได้อนุมัติให้จัดซื้อ จ้างทำหัตถการพอกเข้า

จำนวนพัสดุที่ส่งมอบ 1 รายการ และเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ ภาครัฐ พ.ศ. 2560 และได้แต่งตั้งบุคคลดังรายชื่อต่อไปนี้เป็น คณะกรรมการตรวจรับ

บัดนี้ คณะกรรมการผู้มีนามข้างท้ายนี้ ได้พร้อมกันตรวจรับพัสดุดังกล่าว ตามใบส่งของ/ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน

เล่มที่	เลขที่	ใบสำคัญรับเงิน	ลงวันที่	มีรายละเอียดดังนี้	
ลำดับ	รายการซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ	ยอดเงินทั้งสิ้น
1	จ้างทำหัตถการพอกเข้า 9 ราย	1.00	งาน	270.00	270.00
รวม	1 รายการ		ราคาสินค้า	ภาษี	รวมเงินทั้งสิ้น
			270.00		270.00

ตัวอักษร. ( สองร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน \* \* \* \* \*)

คณะกรรมการตรวจรับ ได้ดำเนินการตรวจรับ ตามหลักฐานที่ตกลงกันไว้เมื่อ วันที่ 2 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการได้ตรวจรับงานแล้ว ผลปรากฏว่า

ผลการตรวจรับ

- ถูกต้อง  
 ครบถ้วนตามสัญญา  
 ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

ค่าปรับ

- มีค่าปรับ  
 ไม่มีค่าปรับ

ลงชื่อ..... วิศิตา สนิธิ์ท .....

นางสาวกิตติมา สนิธิ์ท

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

- ผู้ตรวจรับพัสดุได้ตรวจรับพัสดุเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เห็นควรส่งหลักฐานเพื่อเบิกจ่ายเงินให้แก่ผู้ขาย/รับจ้าง ต่อไป  
- เพื่อโปรดทราบและพิจารณา

(นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ)  
เจ้าหน้าที่

(นางปณิตตา วรรณโชติ)  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- ทราบ/ดำเนินการ

นายอนุรักษ์ สารภาพ  
(นายอนุรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายบริหารทั่วไป งานพัสดุ โทร. 0 7438 6646 โทรสาร 0 7438 6647 ต่อ 112

ที่ สข 0032.301/11/ จ.183/62

วันที่ 2 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติซื้อ / จ้าง จ้างทำหัตถการพอกเข้า

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

### 1. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ / จ้าง

ด้วยกลุ่มงาน งานแพทย์แผนไทย มีความประสงค์จะดำเนินการซื้อ/จ้าง จ้างทำหัตถการพอกเข้า เพื่อ เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีความรู้ในการทำหัตถการพอกเข้า

โดยเบิกจ่ายจากเงินโรงพยาบาลควนเนียง ตามแผนลำดับที่ -

ข้าพเจ้าได้เปรียบเทียบราคาซื้อ/จ้าง ดังกล่าว ในท้องตลาดแล้ว เห็นว่า นางสาวสากินะ นิลฉาหวา 59 ม.5 ถ.เทศบาล 16 ต.ปริก อ.สะเดา จ.สงขลา

ตามใบเสนอราคาเลขที่: -

ลงวันที่: -

ครบกำหนดยื่นราคาวันที่: -

เป็นผู้เสนอราคาที่เหมาะสม สมควรจัดซื้อ/จ้าง

### 2. รายละเอียดของพัสดุที่จะซื้อ / จ้าง

ลำดับ	รายการซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ	ยอดเงินทั้งสิ้น
1	จ้างทำหัตถการพอกเข้า 9 ราย	1.00	งาน	270.00	270.00
รวม	1 รายการ		ราคาสินค้า	ภาษี	รวมเงินทั้งสิ้น
			270.00		270.00

ตัวอักษร.( สองร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน

\*\*\*\*\*)

กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุ :



3. ข้อกฎหมาย

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 โดยวิธีเฉพาะเจาะจง มาตรา 56(2)(ข)

จึงอนุมัติดำเนินการจัดซื้อ/จ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง พร้อมแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง

1. นางสาวกิตติมา สนธิขาว ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ผู้ตรวจรับพัสดุ

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการตรวจรับ ให้แล้วเสร็จภายใน.....3.....วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบพัสดุ หรือวันที่ประธานกรรมการตรวจการจ้าง ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความเห็นชอบในการจัดซื้อ / จ้าง และอนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการ ตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง ตามรายละเอียดข้างต้นด้วย ทั้งนี้ เป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้รับมอบอำนาจจากผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา ตามคำสั่งจังหวัดสงขลา ที่ 2223/2561 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ลงชื่อ.....

( นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ )

เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

-เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และให้เบิกจ่ายจากเงิน

- เงินบำรุง..... บาท
- เงินงบประมาณ..... บาท
- เงินบริจาค..... บาท
- เงินอื่น ๆ ..... บาท

ลงชื่อ.....

( นางปณิตตา วรรณโชติ )

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- อนุมัติให้ดำเนินการได้ตามเสนอ

ลงชื่อ.....

( นายอนุรักษ์ สารภาพ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

วันที่ 2 สิงหาคม 2562

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้า เจ้าหน้าที่ และ คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า	นางปณิตตา วรรณโชติ	หัวหน้าเจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ	เจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวกิตติมา สนธิ์ขาว	ผู้ตรวจรับพัสดุ

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม หรือ ผลประโยชน์ใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ กับ นางสาวสาภีณะ นิลฉาหาว 59 ม.5 ถ.เทศบาล 16 ต.ปริก อ.สะเดา จ.สงขลา ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือ ผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม



นางปณิตตา วรรณโชติ  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงนาม



นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ  
เจ้าหน้าที่

ลงนาม



นางสาวกิตติมา สนธิ์ขาว  
ผู้ตรวจรับพัสดุ





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายการพยาบาล

ที่ สข 0032.301/11/พิเศษ

วันที่ 29 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติแต่งตั้งผู้กำหนดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

งานพัสดุจัด

งานจ้างทำหัตถการพอกขา

จำนวน 1 รายการ

วงเงิน 270.00 บาท ( สองร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน ) เพื่อให้การกำหนด

รายละเอียดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ข้อ 21 มติคณะรัฐมนตรีและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง จึงขอแต่งตั้งบุคคลดังรายชื่อต่อไปนี้เพื่อจัดทำรายละเอียดขอบเขตของงาน

1 นางสาวกิตติมา สนั่นขาว

แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....  ..... เจ้าหน้าที่

(นางสาวสุจรรยา สิริมุติกะ)

เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....  ..... หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางปิ่นจิตตา วรรณโชติ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

ลงชื่อ.....  .....

(นายอนุรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา



# ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง  
จังหวัดสงขลา 90220

วันที่ ๖ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า น.ส. ไชยลักษณ์ ส.ไพฑูริย์ บ้านเลขที่ 3 หมู่ที่ 1

ตำบล ขงพน อำเภอ สทิงพระ จังหวัด สงขลา

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาล ควนเนียง โดยมีรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
- ค่าจ้างขนานัต ฝักรพดก จำนวน 10 ทน คนละ 30 บาท เป็นเงิน	300	-
รวมทั้งสิ้น	300	-

( สามีร้อยเอกทิวณ )

ลงชื่อ นางสาวกัญจนา มณีโชติ ผู้รับเงิน  
( นางสาวกัญจนา มณีโชติ )

ลงชื่อ กิตติภ สอน้ำใจ ผู้จ่ายเงิน  
( นายสาวิตรีภมา สอน้ำใจ )


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **1 8008 00132 63 8**

**ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. เสาวลักษณ์ มะแซะมะ**  
 Name Miss Saowaluk  
 Last name Mahsahmah  
 เกิดวันที่ 1 ต.ค. 2531  
 Date of Birth 1 Oct. 1988  
 ศาสนา อิสลาม  
 ที่อยู่ 3 หมู่ที่ 1 ต.ทุ่งพอ อ.สะบ้าย้อย  
 จ.สงขลา  
 18 พ.ค. 2560  
 วันออกบัตร  
 18 May 2017  
 Date of Issue



 30 ก.ย. 2568  
 วันบัตรหมดอายุ  
 30 Sep. 2025  
 Date of Expiry

9013-03-06180935

เจ้าหน้าตักต้อน  
 เสาวลักษณ์ มะแซะมะ  
 (นางสาวเสาวลักษณ์ มะแซะมะ)

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียงปีงบประมาณ ๒๕๖๒  
วันที่ ..... และ ..... สิงหาคม ๒๕๖๒

ณ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทิวป่าบ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	เบอร์โทรติดต่อ	ลายมือชื่อ
1	นางนงนุช วัฒนารักษ์	๑๖/1 ซ.๖ ต.บึงขลัง	๐๘๑-๒๖๖๑๗๒	ณ. นงนุช
2	นางศรีจันทร์ วัฒนารักษ์	๑๖/๑ ซ.๖ ต.บึงขลัง	๐๙๕-๖๖๐๗๖๗	ศิริจันทร์
3	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๗๓/๑ ซ.๖ ต.บึงขลัง	๐๖๑-๑๕๕๓๗๑	อรุณี วัฒนารักษ์
4	นางประไพ วัฒนารักษ์	๔๕/๑ ซ.๖ ต.บึงขลัง	๐๗๘-๖๙๘๐๒๖	ประไพ วัฒนารักษ์
5	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๘๘ ซ.๑ ต.บึงขลัง		๖๖๗๗๗
6	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๑๖๐/๒ ซ.๑ ต.บึงขลัง		อรุณี
7	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๑๓/๒ ซ.๑ ต.บึงขลัง		อรุณี วัฒนารักษ์
8	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๑๑/๓ ซ.๕ ต.บึงขลัง		๗ ๐๕๐๐๖
9	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๑๐๘/๑ ซ.๖ ต.บึงขลัง		
10	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๑๖ ซ.๕ ต.บึงขลัง		อรุณี
11	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๑๘๐ ซ.๖ ต.บึงขลัง		
12	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๗ ซ.๖ ต.บึงขลัง	๐๖๑-๒๖๖๑๗๒	อรุณี วัฒนารักษ์
13	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๗๘ ซ.๑ ต.บึงขลัง		อรุณี วัฒนารักษ์
14	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๘๖ ซ.๑ ต.บึงขลัง		อรุณี วัฒนารักษ์
15	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๕/๑ ซ.๑ ต.บึงขลัง		อรุณี วัฒนารักษ์
16	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๑๖ ซ.๑ ต.บึงขลัง		อรุณี วัฒนารักษ์
17	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๑๖/๑ ซ.๖ ต.บึงขลัง	๐๘๑-๒๖๖๑๗๒	อรุณี วัฒนารักษ์
18	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๑๘ ซ.๑ ต.บึงขลัง		อรุณี วัฒนารักษ์
19	นางอรุณี วัฒนารักษ์	๑๐/๕ ซ.๖ ต.บึงขลัง		อรุณี วัฒนารักษ์



กำหนดการ  
โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียง  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒  
วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ ๒๕๖๒  
ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยลึก อ.ควนเนียง จ.สงขลา

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยปาบ

- ๑๓.๐๐ - ๑๓.๓๐ น. ลงทะเบียน  
ทำแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม womac ฉบับภาษาไทย
- ๑๓.๓๐ - ๑๔.๓๐ น. ความรู้เรื่องภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
- ๑๔.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. พักรับประทานอาหารว่าง
- ๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. สาธิตการปฏิบัติหัตถการทางการแพทย์แผนไทย  
การบริหารสำหรับผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. แบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม womac ฉบับภาษาไทยหลัง  
แจกอุปกรณ์หัตถการให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้เองที่บ้านต่อเนื่อง ๕ วัน  
นัดติดตามทำกิจกรรมครั้งต่อไป
- ๑๖.๓๐ - ๑๗.๓๐ น. หัตถการพอกยาสมุนไพร

วันที่ 7 สิงหาคม 2562

ตามบันทึกข้อความที่ สข 0032.301/11/จ.184/62 ได้อนุมัติให้จัดซื้อ จ้างทำหัตถการพอกขา

จำนวนพัสดุที่ส่งมอบ 1 รายการ และเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ  
ภาครัฐ พ.ศ. 2560 และได้แต่งตั้งบุคคลดังรายชื่อต่อไปนี้เป็น คณะกรรมการตรวจรับ

บัดนี้ คณะกรรมการผู้มีนามข้างท้ายนี้ ได้พร้อมกันตรวจรับพัสดุดังกล่าว ตามใบส่งของ/ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน

เล่มที่ - เลขที่ ใบสำคัญรับเงิน ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2562 มีรายละเอียดดังนี้

ลำดับ	รายการซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ	ยอดเงินทั้งสิ้น
1	จ้างทำหัตถการพอกขา 10 ราย	1.00	งาน	300.00	300.00
รวม	1 รายการ		ราคาสินค้า	ภาษี	รวมเงินทั้งสิ้น
			300.00		300.00

ตัวอักษร. ( สามร้อยบาทถ้วน

\* \* \* \* \*

คณะกรรมการตรวจรับ ได้ดำเนินการตรวจรับ ตามหลักฐานที่ตกลงกันไว้เมื่อ วันที่ 2 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการได้ตรวจรับงานแล้ว ผลปรากฏว่า

ผลการตรวจรับ

- ถูกต้อง  
 ครบถ้วนตามสัญญา  
 ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

ค่าปรับ

- มีค่าปรับ  
 ไม่มีค่าปรับ

ลงชื่อ..... กิติมา สนั่นชิว

นางสาวกิติมา สนั่นชิว

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ผู้ตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

- ผู้ตรวจรับพัสดุได้ตรวจรับพัสดุเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เห็นควรส่งหลักฐานเพื่อเบิกจ่ายเงินให้แก่ผู้ขาย/รับจ้าง ต่อไป
- เพื่อโปรดทราบและพิจารณา

(นางสาวสุจรรยา ศิริมฤต๊ะ)  
เจ้าหน้าที่

(นางปิ่นติตา วรรณโชติ)  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- ทราบ/ดำเนินการ

  
(นายอนุรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายบริหารทั่วไป งานพัสดุ โทร. 0 7438 6646 โทรสาร 0 7438 6647 ต่อ 112

ที่ สข 0032.301/11/ จ.184/62

วันที่ 2 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติซื้อ / จ้าง จ้างทำหัตถการพอกเข่า

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

### 1. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ / จ้าง

ด้วยกลุ่มงาน งานแพทย์แผนไทย มีความประสงค์จะดำเนินการซื้อ/จ้าง จ้างทำหัตถการพอกเข่า เพื่อ เพื่อสอนให้กับผู้รับบริการได้มีความรู้ในการทำหัตถการพอกเข่า

โดยเบิกจ่ายจากเงินโรงพยาบาลควนเนียง ตามแผนลำดับที่ -

ข้าพเจ้าได้เปรียบเทียบราคาซื้อ/จ้าง ดังกล่าว ในท้องตลาดแล้ว เห็นว่า

นางสาวเสาวลักษณ์ มะแะมะ 3 ม.1 ต.ทุ่งพอ อ.สะบ้าย้อย จ.สงขลา

ตามใบเสนอราคาเลขที่: -

ลงวันที่: -

ครบกำหนดยื่นราคาวันที่: -

เป็นผู้เสนอราคาที่เหมาะสม สมควรจัดซื้อ/จ้าง

### 2. รายละเอียดของพัสดุที่จะซื้อ / จ้าง

ลำดับ	รายการซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ	ยอดเงินทั้งสิ้น
1	จ้างทำหัตถการพอกขา 10 ราย	1.00	งาน	300.00	300.00
รวม	1 รายการ		ราคาสินค้า	ภาษี	รวมเงินทั้งสิ้น
			300.00		300.00
	ตัวอักษร.( สามร้อยบาทถ้วน			*****	

กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุ :

### 3. ข้อกฎหมาย

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 โดยวิธีเฉพาะเจาะจง มาตรา 56(2)(ข)

จึงอนุมัติดำเนินการจัดซื้อ/จ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง พร้อมแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง

1. นางสาวกิตติมา สนั่นีขาว ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ผู้ตรวจรับพัสดุ

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการตรวจรับ ให้แล้วเสร็จภายใน.....3.....วันทำการ นับตั้งแต่วันที่ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบพัสดุ หรือวันที่ประธานกรรมการตรวจการจ้าง ได้รับทราบเรื่องการส่งมอบงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความเห็นชอบในการจัดซื้อ / จ้าง และอนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการ ตรวจรับพัสดุ/ตรวจการจ้าง ตามรายละเอียดข้างต้นด้วย ทั้งนี้ เป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้รับมอบอำนาจจากผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา ตามคำสั่งจังหวัดสงขลา ที่ 2223/2561 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุจรรยา ตีริมสิกะ)

เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

-เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และให้เบิกจ่ายจากเงิน

- เงินบำรุง..... บาท
- เงินงบประมาณ..... บาท
- เงินบริจาค..... บาท
- เงินอื่น ๆ ..... บาท

ลงชื่อ.....

(นางปิมชิตา วรรณโชติ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- อนุมัติให้ดำเนินการได้ตามเสนอ

ลงชื่อ.....

(นายอนรรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

วันที่ 2 สิงหาคม 2562

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้า เจ้าหน้าที่ และ คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า	นางปิ่นจิตา วรรณโชติ	หัวหน้าเจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ	เจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวกิตติมา สนธิ์ขาว	ผู้ตรวจรับพัสดุ

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม หรือ ผลประโยชน์ใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ กับ นางสาวเสาวลักษณ์ มะแซะมะ 3 ม.1 ต.ทุ่งพอ อ.สะบ้าย้อย จ.สงขลา ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือ ผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม

นางปิ่นจิตา วรรณโชติ  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงนาม

นางสาวสุจรรยา ศิริมุสิกะ  
เจ้าหน้าที่

ลงนาม

นางสาวกิตติมา สนธิ์ขาว  
ผู้ตรวจรับพัสดุ





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลควนเนียง ฝ่ายการพยาบาล

ที่ สข 0032.301/11/พิเศษ

วันที่ 29 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติแต่งตั้งผู้กำหนดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

งานพัสดุจัด

งานจ้างทำหัตถการพอกขา

จำนวน 1 รายการ

วงเงิน 300.00 บาท ( สามร้อยบาทถ้วน ) เพื่อให้การกำหนด

รายละเอียดขอบเขตของงานจัดซื้อพัสดุ เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ข้อ 21 มติคณะรัฐมนตรีและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง จึงขอแต่งตั้งบุคคลดังรายชื่อต่อไปนี้เพื่อจัดทำรายละเอียดขอบเขตของงาน

1 นางสาวกิตติมา สนธิ์ชาว

แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....  ..... เจ้าหน้าที่

(นางสาวสุจรรรยา ศิริมสีกะ)

เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....  ..... หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางปณิติตา วรรณโชติ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

ลงชื่อ.....  .....

(นายอนุรักษ์ สารภาพ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา





รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือทางการแพทย์แผนไทย ในอำเภอควนเนียงปีงบประมาณ ๒๕๖๒  
วันที่ ..... และ ..... สิงหาคม ๒๕๖๒

ณ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยปราบ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	เบอร์โทรศัพท์ต่อ	ลายมือชื่อ
1	นางนงนุช หนึ่งใจ	ธช 1 ซ. 5 ต. น้บขล็ก	091-9764722	กน นงนุช
2	นางจรัสพร หนึ่งใจ	153 ซ. 5 ต. น้บขล็ก	094-660757	จรัสพร
3	นางอรุณี หนึ่งใจ	94/1 ซ. 9 ต. น้บขล็ก	061-1955721	อรุณี หนึ่งใจ
4	นางอภิญญา นนทพรหัตถ์	55/1 ซ. ๓. น้บขล็ก	098-6980259	อภิญญา
5	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	88 ซ. 9 ต. น้บขล็ก		อรุณมา
6	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	130/2 ซ. 9 ต. น้บขล็ก		อรุณมา
7	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	89/2 ซ. ๗ ต. น้บขล็ก		อรุณมา
8	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	91/3 ซ. 5 ต. น้บขล็ก		อรุณมา
9	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	102/1 ซ. ๓ ต. น้บขล็ก		อรุณมา
10	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	85 ซ. ๓ ต. น้บขล็ก		อรุณมา
11	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	180 ซ. ๓ ต. น้บขล็ก		อรุณมา
12	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	๗ ซ. 2 ต. น้บขล็ก	095-6895691	อรุณมา
13	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	89 ซ. 9 ต. น้บขล็ก		อรุณมา
14	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	88 ซ. ๗ ต. น้บขล็ก		อรุณมา
15	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	5/1 ซ. ๗ ต. น้บขล็ก		อรุณมา
16	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	13 ซ. ๗ ต. น้บขล็ก		อรุณมา
17	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	85/1 ซ. ๗ ต. น้บขล็ก	091-9764722	อรุณมา
18	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	18 ซ. 2 ต. น้บขล็ก		อรุณมา
19	นางอรุณมา นนทพรหัตถ์	105 ซ. 5 ต. น้บขล็ก		อรุณมา

แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม โรงพยาบาลความเนียง อ.ความเนียง จ.สงขลา โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทย ในอำเภอกความเนียง  
 งบประมาณปี ๒๕๖๒  
 วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ และวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งสิ้น ..... คน  
 ผู้เข้าร่วมการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลความเนียง จังหวัด สงขลา  
 ปรากฏรายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ค่าพาหนะ (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๑	นางละมัย วัฒนศิริ	๖๖/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๒	นางอริสพร นพรัตน์	๖๕/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๓	นางปราณี นพรัตน์	๖๕/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๔	นางอริสพร นพรัตน์	๖๕/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๕	นางอริสพร นพรัตน์	๖๕/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๖	นางอริสพร นพรัตน์	๖๕/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๗	นางอริสพร นพรัตน์	๖๕/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๘	นางอริสพร นพรัตน์	๖๕/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๙	นางอริสพร นพรัตน์	๖๕/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๑๐	นางอริสพร นพรัตน์	๖๕/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๑๑	นางอริสพร นพรัตน์	๖๕/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
๑๒	นางอริสพร นพรัตน์	๖๕/๑ ม.๖ ต.ป.อ. อ.ควนเนียง	๕๐	๕๐	๑๓๓ ๒๕๖๒	ลายมือชื่อผู้รับเงิน

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๖๐๐

ลงชื่อ..... วัตถุประสงค์..... ส่วนราชการ..... ผู้จ่ายเงิน

(..นางสาวกิตติมา สนธิชาว...)  
 ตำแหน่ง..... แผนก..... วิทยาลัยการ

# ภาพถ่ายประกอบโครงการ





