

รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการต่างๆประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหมื่นศรี ตำบลนาหมื่นศรี อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

๑. ชื่อโครงการ/แผนงาน โครงการแกนนำ ออย น้อย
๒. ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๒
๓. สถานที่ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหมื่นศรี
๔. กลุ่มเป้าหมายตามโครงการ
แกนนำนักเรียน จำนวน ๖๐ คน
๕. กิจกรรมตามโครงการ
 ๑. อบรมเพิ่มพัฒนาศักยภาพ แกนนำนักเรียน ให้ความรู้ในเรื่องงานคุ้มครองผู้บริโภคและเป็นแกนนำ (ออย น้อย) ในการดูแลสุขภาพ เพื่อนักเรียน ในโรงเรียน
 ๒. ประเมินผลโครงการ
๖. งบประมาณที่ใช้จ่ายตามโครงการ
 - * งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาหมื่นศรี รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๔,๒๕๕ บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) แยกรายละเอียดค่าใช้จ่าย ดังนี้
 ๑. ค่าอาหารกลางวันสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๖๐ คน จำนวน ๑ มื้อๆละ ๗๐ บาท เป็นเงิน ๔,๒๐๐ บาท
 ๒. ค่าอาหารว่างสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๖๐ คน จำนวน ๒ มื้อๆละ ๒๕ บาท เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท
 ๓. ค่าวิทยากรให้ความรู้ จำนวน ๒ คน ๑ๆละ ๓ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท
 ๔. ค่าวัสดุและเอกสารการอบรม จำนวน ๖๐ ชุด ๑ละ ๕๐ บาท เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท
 ๕. ค่าป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ ขนาด ๑ เมตร * ๓ ๕ เมตร ตารางเมตรละ ๑๓๐ บาทเป็นเงิน ๔๕๕ บาท
๗. ผู้รับผิดชอบโครงการ นางวิมล สุขสง ตำแหน่ง พยาบาลเทคนิค ชำนาญงาน

(ลงชื่อ)ผู้รายงาน
(นางวิมล สุขสง)
พยาบาลเทคนิค ชำนาญงาน

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุน จาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)
ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการแกนนำ อ ย น้อย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑. ผลการดำเนินงาน

- อบรมเพิ่มพัฒนาศักยภาพ แกนนำนักเรียน ให้ความรู้ในเรื่องงานคุ้มครองผู้บริโภคและเป็นแกนนำ
(อ ย น้อย) ในการดูแลสุขภาพ เพื่อนักเรียน ในโรงเรียน

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์



บรรลุตามวัตถุประสงค์



ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์.....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๖๐ คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับอนุมัติ	๑๔,๒๕๕	บาท	
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	๑๔,๒๕๕	บาท	คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
งบประมาณเหลือส่งกองทุน	-	บาท	คิดเป็นร้อยละ ๐

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน



ไม่มี



มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางวิมล สุขสง)

พยาบาลเทคนิค ชำนาญงาน

๑๒ กันยายน ๒๕๖๒