

ที่ ปน.๐๓๓๒.๑/๓ /๖๐๙



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนรัก  
อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

๑๘ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการดำเนินงานโครงการฟันสวย ยิ้มใส ใสใจสุขภาพฟัน ปี ๒๕๖๓ ตำบลดอนรัก  
อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

เรียน ประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ดอนรัก

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.รายงานผลการดำเนินงานพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนรัก ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ดอนรัก เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในหมู่บ้านตามโครงการฟันสวย ยิ้มใส ใสใจสุขภาพฟัน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เป็นเงิน ๑๕,๐๐๐ บาท นั้น

บัดนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนรัก ได้ดำเนินงานตามโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงรายงานผลการดำเนินงานมาให้ทราบ ตามสิ่งที่ส่งด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

( นายมาหิมมัด มะมิง )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนรัก

ส่วนที่ ๓ :แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงานโครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน) ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม : ฟันสวย ยิ้มใส ใสใจสุขภาพฟัน ปี ๒๕๖๓ ตำบลอนรัก อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

**๑.ผลการดำเนินงาน**

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
๑. เพื่อลดการเกิดโรคฟันผุของเด็กอายุ ๓-๕ ปี	๑. เพื่อลดการเกิดโรคฟันผุของกลุ่มเป้าหมาย ไม่ให้เกินร้อยละ ๖๐ ในเขตตำบลอนรัก	๑. เด็กกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันอย่างถูกวิธี
๒. เพื่อสร้างเสริมสุขภาพอนามัยช่องปากและบริการป้องกันโรคฟันผุให้เด็กกลุ่มเป้าหมาย ตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่และการส่งเสริมให้มีการแปรงฟัน หลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน	๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของเด็กกลุ่มเป้าหมายได้รับการป้องกันโรคฟันผุ	๒. ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน
๓. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ครู พนักงานจ้างปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลเด็ก และชุมชน ในการป้องกันโรคฟันน้ำนมผุในเด็กกลุ่มเป้าหมาย	๓. ร้อยละ ๘๐ ของผู้ปกครอง ครู พนักงานจ้างปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลเด็กและชุมชน เกิดการมีส่วนร่วม	๓. ชุมชนมีส่วนร่วมและส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน
		๔. ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กมีทัศนคติที่ดีในการดูแลความสะอาดของช่องปากและฟันของเด็กกลุ่มเป้าหมาย

**๒.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการเพราะ.....

**๓.การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบที่ได้รับการอนุมัติ .....๑๕,๐๐๐.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....๑๕,๐๐๐.....บาท คิดเป็นร้อยละ .....๑๐๐.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน .....๐..... คิดเป็นร้อยละ.....๐.....

**สำเนาถูกต้อง**

  
(นางสาวมาลี ๑๗๐๗) น.น.น.น.

( ឯកសារ ៧០ ក្រសួង កសិកម្ម )



**សម្តេចនាយករដ្ឋមន្ត្រី**

លេខ ២៣ ..... រាជធានីភ្នំពេញ

នាយកដ្ឋានសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ

(ការងារសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ)

លេខ ៧៧ ..... រាជធានីភ្នំពេញ



.....

..... (កន្លែងសម្រាប់ស្នាមមេដៃ)

..... (កន្លែងសម្រាប់ស្នាមមេដៃ/លេខស្នាម)

ប្រើ

ប្រើ

លេខកញ្ចប់សៀវភៅសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ



บช.ต.อ. (ส.ต.อ. ๕๓๑๓๓)

ขอเชิญ

บช.ต.อ. (ส.ต.อ. ๕๓๑๓๓)

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓  
- ๕๓๑๓๓ ๕๓๑๓๓ ๕๓๑๓๓ ๕๓๑๓๓  
๕๓๑๓๓ ๕๓๑๓๓ ๕๓๑๓๓

บช.ต.อ. (ส.ต.อ. ๕๓๑๓๓)

(๕๓๑๓๓ ๕๓๑๓๓)

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓

๕๓๑๓๓



๕๓๑๓๓



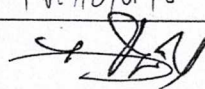


กิจกรรมที่ ๑ ประชุมชี้แจงให้ความรู้เกี่ยวกับทัศนสุขภาพแก่ ผู้ปกครอง

และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

วันที่...๘...กันยายน...พ.ศ...๒๕๖๓...เวลา.....๐๘.๓๐...-๑๖.๓๐.....

ณ .ห้องประชุม รพ.สต..ดอนรัก

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑๒	ชวัญ ข: สนาท:	๖๖/๑ ม.๑	ชวัญ ข	
๑๓	ชวัญ นวอจ	๑๒๓/๒ ม.๗	ชวัญ	
๑๔	ชาน: ๐๗๑๐	๑๒๓ ม.๗	ชาน	
๑๕	เจ็. ๑๑๑๑๑: ๑๑๑๑๑-๑ ๑๒๓ / ๑/๑		เจ็. ๑๑๑๑๑	
๑๖	วิไล: ๑๑๑๑๑๑๑	๓๕/๑ ม.๑		
๑๗	ชวัญ ๑๑๑	๑๐ ม.๕	ชวัญ	
๑๘	๑๑๑๑๑๑๑ ๑๑๑	๑๒๓ / ๑ ม.๗	๑๑๑๑๑๑๑	
๑๙	๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑	๒๔/๑/๑.๑	๑๑๑๑๑	
๓๐	๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑	๒๔/๑/๑.๑	๑๑๑๑๑	
๓๑	๑๑๑๑๑ ๑๑๑:	๖๘/๓ ม.	๑๑๑๑๑	
๓๒	๑๑๑๑๑ ๑๑๑:๑	๒๓/๑/๑.๖.	๑๑๑๑๑	
๓๓	๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑๑๑	๑๑/๑๑ ม.๗	๑๑๑๑๑	
๓๔	๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑๑๑๑	๓/๑๑ ม.๔	๑๑๑๑๑	
๓๕	๑๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑	๓ ม.๓	๑๑๑๑๑๑	
๓๖	๑๑๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑๑	๑๐/๑ ม.๑	๑๑๑๑๑๑๑	
๓๗	๑๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑	๑๖/๒ ม.๕	๑๑๑๑๑	
๓๘	๑๑๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑	๑๖/๓ ม.๕	๑๑๑๑๑๑๑	
๓๙	๑๑๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑	๘ ม.๕	๑๑๑๑๑๑๑	
๔๐	๑๑๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑	๘/๒ ม.๕	๑๑๑๑๑๑๑	
๔๑	๑๑๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑	๔๓/๒ ม.๔	๑๑๑๑๑๑๑	
๔๒	๑๑๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑๑	๘/๔ ม.๔	๑๑๑๑๑	

สำเนาถูกต้อง

๑๐.











.....

.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
101	นางสาว 101/101/101	33 21.3	101/101/101	
100	นางสาว 100/100/100	58/6 21.6	100/100/100	
99	นางสาว 99/99/99	12/9/4 21.7	99/99/99	
98	นางสาว 98/98/98	193/1 21.1	98/98/98	
97	นางสาว 97/97/97	1/21 1	97/97/97	
96	นางสาว 96/96/96	18 21.6	96/96/96	
95	นางสาว 95/95/95	10 21.3	95/95/95	
94	นางสาว 94/94/94	17/3 21.2	94/94/94	
93	นางสาว 93/93/93	10 21.9	93/93/93	
92	นางสาว 92/92/92	15/3 21.7	92/92/92	
91	นางสาว 91/91/91	15/1 21.7	91/91/91	
90	นางสาว 90/90/90	13 21.6	90/90/90	
89	นางสาว 89/89/89	14 21.3	89/89/89	
88	นางสาว 88/88/88	7 21.3	88/88/88	
87	นางสาว 87/87/87	4 21.3	87/87/87	
86	นางสาว 86/86/86	7 21.3	86/86/86	
85	นางสาว 85/85/85	26/1 21.5	85/85/85	

.....

.....

.....

.....

## ใบสำคัญรับเงิน


ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนรัก

วันที่.....๘.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวมาชื่อนี มะหามะ.....อยู่บ้านเลขที่.....๒๑/๒.....หมู่ที่.....๔.....ตำบล.....ยาปี.....อำเภอ.....หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี..... ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนรัก ดังนี้


รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินจากโครงการพันสอย ยิ้มใส ใส่ใจสุขภาพพัน กิจกรรมที่ ๑ อบรมให้ความรู้แก่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนของเด็กกลุ่มเป้าหมาย		
- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๑๐๐ คน x ๕๐ บาท x ๑ มื้อ	เป็นเงิน	๕,๐๐๐ -
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑๐๐ คน x ๒๕ บาท x ๒ มื้อ	เป็นเงิน	๕,๐๐๐ -
รวมเงิน		๑๐,๐๐๐ -

รวมเงินทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐ บาท (เงินหนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(นางสาวมาชื่อนี มะหามะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวชากินะห์ อุเซ็ง)

เจ้าหน้าที่การเงิน

**สิ้นเนาถูกต้อง**







## ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนรัก

วันที่.....๑๑.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

ข้าพเจ้า.....นางมาเรียม ดือระ.....อยู่บ้านเลขที่.....๖๕/๘.....หมู่ที่.....๑.....ตำบล.....ดอนรัก.....อำเภอ.....หนองจิก.....  
จังหวัด...ปัตตานี...ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนรัก ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินจากโครงการฟันสวย ยิ้มใส ใสใจสุขภาพฟัน กิจกรรมที่ ๒ ลงเยี่ยมติดตามกลุ่มเป้าหมาย - ค่าติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน ๑๐ คน คนละ ๕๐ จำนวน ๑ ครั้ง เป็นเงิน	๕๐๐	-
รวมเงิน	๕๐๐	-

รวมเงินทั้งสิ้น ๕๐๐ บาท (เงินห้าร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....*มาเรียม ดือระ*.....ผู้รับเงิน

(นางมาเรียม ดือระ)

(ลงชื่อ).....*Pr*.....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวมาซือนี มะหามะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำเนาถูกต้อง

*Pr*



















## ใบสำคัญรับเงิน


ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนรัก

วันที่.....๑๑.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....


ข้าพเจ้า.....นางนิภาตีเมื้อะ ยูณู.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๔๐/๖.....หมู่ที่...๗.....ตำบล.....ดอนรัก.....อำเภอ.....หนองจิก.....  
จังหวัด...ปัตตานี.....ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนรัก ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินจากโครงการฟื้นฟูสลาย ยิ้มใส ใส่ใจสุขภาพฟื้นฟู กิจกรรมที่ ๒ ลงเยี่ยมติดตามกลุ่มเป้าหมาย - ค่าติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน ๑๐ คน คนละ ๕๐ จำนวน ๑ ครั้ง เป็นเงิน	๕๐๐	-
รวมเงิน	๕๐๐	-

รวมเงินทั้งสิ้น ๕๐๐ บาท (เงินห้าร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(นางนิภาตีเมื้อะ ยูณู)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวมาชื่อนี มะหามะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำเนาถูกต้อง



## ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนรัก

วันที่.....๑๑.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....๒๕๖๓.....

ข้าพเจ้า.....นางสาวสาภิเยาะ หะยีสาแมะ.....อยู่บ้านเลขที่.....๘๖/๑.....หมู่ที่.....๗.....ตำบล.....ดอนรัก.....อำเภอ.....  
หนองจิก.....จังหวัด.....ปัตตานี.....ได้รับเงินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนรัก ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินจากโครงการพัฒนสอย ยิ้มใส ใส่ใจสุขภาพพื้น กิจกรรมที่ ๒ ลงเยี่ยมติดตามกลุ่มเป้าหมาย - ค่าติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน ๑๐ คน คนละ ๕๐ จำนวน ๑ ครั้ง เป็นเงิน	๕๐๐	-
รวมเงิน	๕๐๐	-

รวมเงินทั้งสิ้น ๕๐๐ บาท (เงินห้าร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ).....*สาภิเยาะ หะยีสาแมะ*.....ผู้รับเงิน

(นางสาวสาภิเยาะ หะยีสาแมะ)

(ลงชื่อ).....*มาชอนี มะหามะ*.....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวมาชอนี มะหามะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำเนาถูกต้อง

*มาชอนี*