

บันทึกข้อตกลง

การขอรับเงินอุดหนุน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่

เลขที่ข้อตกลง

ที่ทำการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่
71 ถนนฉัตรวาริน ตำบลปะลู่ อำเภอสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย 96140

วันที่ 18 มีนาคม 2563

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ ระหว่าง แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสุโขทัย โดย นายตายุติง ตอเกาะห์ ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ เด็กพิการดีขึ้นด้วยมือผู้ดูแล ปีงบประมาณ 2563 เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ โดย นายอุสมาน นาคสง่า ในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมในบันทึกนี้ ซึ่งต่อไปเรียกว่า โครงการ/กิจกรรมตามที่ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ ได้ให้เงินอุดหนุนจำนวนทั้งสิ้น 11,150.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ 2 การจ่ายเงิน ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม จะจ่ายเงินให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยมีการจ่ายให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ดังนี้

ก. จ่ายงวดเดียวทั้งโครงการ/กิจกรรม เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 11,150.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ข. จ่ายเป็นงวด ดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

งวดที่ 2 จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

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

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

ข้อ 3 ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมต้องนำเงินที่ได้รับไปดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการอนุมัติไป หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมไม่ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติไป เว้นแต่การไม่ดำเนินการนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำ ของผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่าย ไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าวให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่จ่ายเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมรวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย โดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติ

2. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม

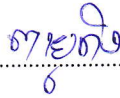
4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงาน ให้คืนเงินที่เหลือให้กองทุน เพื่อดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนแก่โครงการหรือกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป

5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม รายงานผลการดำเนินการให้กองทุนตามรูปแบบและระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งเอกสารอื่นๆ ที่คณะกรรมการกำหนด

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามที่กองทุนกำหนด

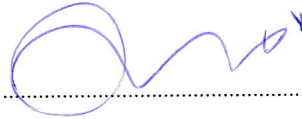
บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน



(นายตายุติง ดอเลาะห์)

แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสุโขทัย
ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม



(นายอุสมาน นาคสง่า)

ประธานกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่
ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม

(ลงชื่อ).....พยาน

(๑๐๐ อื่นๆ)

กรรมการ

(ลงชื่อ).....พยาน

(๑๐๐ อื่นๆ)

กรรมการ

ที่อยู่: กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลปะลู่
71 ถนนจักรวาล ตำบลปะลู่ อำเภอสุไหงปาดี
จังหวัดนราธิวาส

วันที่ 02 มี.ค. 2563

เรื่อง ขออนุมัติขยายเวลาในการดำเนินงานโครงการ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลปะลู่

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ สขต./เทศบาล ตำบลปะลู่
อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส ได้อนุมัติให้ดำเนินโครงการ
เด็กพิการดีมีคุณภาพมีคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓
โดยสนับสนุนงบประมาณแก่(หน่วยงาน/กลุ่ม/ชมรม/ โรงเรียนบาลสุไหงปาดี,
ซึ่งมีผู้รับผิดชอบโครงการประกอบด้วย นายท่ายูคิง คอเลาะห์ ตำแหน่งนักกายภาพบำบัด

มีงบประมาณทั้งสิ้น 11,150.00 บาท รายละเอียดตามข้อกำหนดการดำเนินงาน(TOR)

เนื่องด้วย (เหตุผลที่ทำให้ขอขยายเวลา) เกิดโรคระบาดโควิด - 19 ดังนั้น เพื่อให้การ
ดำเนินงานโครงการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยดีและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอขยายเวลาในการดำเนินงาน
โครงการเป็นระยะเวลา ๓ เดือนโดยจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในวันที่
ซึ่งทางผู้ดำเนินโครงการจะดำเนินการตามแผนงานกิจกรรมที่วางแผนไว้และจะสรุปผลรายงานผลการดำเนินงาน
ที่เสร็จเรียบร้อยแก่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

Tayuding
(นาย ท่ายูคิง คอเลาะห์)
ผู้รับผิดชอบโครงการ

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารกองทุน

ไม่เห็นชอบ

เห็นชอบให้ขยายเวลา จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๖๓

(นายฮาซัน ลูโล๊ะ)

เลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลตำบลปะลู่

แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

รหัสโครงการ 63-18369-1-09

ชื่อโครงการ/กิจกรรม เด็กพิการดีขึ้นด้วยมือผู้ดูแล ปีงบประมาณ 2563

ชื่อกองทุน กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลารู

ประเภทการสนับสนุน

- สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10(1)]
- สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 10(2)]
- สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 10(3)]
- สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]
- สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10(5)]

หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ

- หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษาฯ
- กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ 5 คน
- สำนักงานเลขาธิการกองทุน

ชื่อองค์กร แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสุไหงปาดี

กลุ่มคน

วันอนุมัติ 27 กุมภาพันธ์ 63

ระยะเวลาดำเนินโครงการ ตั้งแต่ วันที่ 20 มกราคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2563

งบประมาณ จำนวน 11,150.00 บาท

1. หลักการและเหตุผล

2. สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์ปัญหา	ขนาด
1. เนื่องจากปัจจุบันเด็กสมองพิการในเขตเทศบาลตำบลประจักษ์มีจำนวนเด็กสมองพิการหลายรายซึ่งทำให้เด็กพิการมีปัญหาด้านการใช้ชีวิตประจำวัน หรือมีปัญหาด้านพัฒนาการและขาดโอกาสการเข้าร่วมสังคมขาดการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ซึ่งอันเนื่องจากผู้ดูแล หรือคร	1.00

3. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้า หมาย 1 ปี
1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้ทางกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้น	ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้ทางกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้นร้อยละ70%	0.00
2. เพื่อให้ผู้พิการทางสมองได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้น	ผู้พิการทางสมองได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้นร้อยละ80%	0.00

4. วิธีดำเนินการ/กิจกรรม

1. อบรมบรรยาย

รายละเอียด

อบรมบรรยายเรื่องโรคพิการทางสมอง อบรมบรรยายเรื่องการยืดกล้ามเนื้อในเด็กพิการทางสมอง อบรมบรรยายเรื่องการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กพิการทางสมอง รวมการอบรมบรรยาย จำนวน6 ชั่วโมงx 300 บาท เป็นจำนวนเงิน 1800 บาท ค่าอาหารกลางวัน จำนวน30 ชุดx 50 บาทเป็นจำนวนเงิน1500 บาท ค่าอาหารว่าง จำนวน30 ชุดx 25 บาท x 2มื้อ เป็นจำนวนเงิน1500 บาท ค่าป้ายโครงการขนาด 1x2 เมตรเป็นจำนวนเงิน 750 บาท ค่าสมุด จำนวน 30 เล่ม X 10 บาท เป็นจำนวนเงิน 300 บาท ค่าปากกาจำนวน 30 เล่ม X 5 บาท เป็นจำนวนเงิน 150 บาท ค่ากระเป๋าใสเอกสารจำนวน 30 เล่ม X 45 บาท เป็นจำนวนเงิน 1350 บาท ค่าเอกสารประกอบการเรียนรู้ จำนวน 30 เล่ม X 50 บาท เป็นจำนวนเงิน 1500 บาท

งบประมาณ 8,850.00 บาท

2. ปฏิบัติการภาพบำบัดในเด็กพิการทางสมอง

รายละเอียด

ปฏิบัติการการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กพิการทางสมอง จำนวน2 ชั่วโมง X 300 บาท เป็นจำนวน 600 บาท ลูกบอลเพื่อการทรงตัว จำนวน 1ลูก X 500 บาท เป็นจำนวนเงิน 500 บาท ลูกบอลฝึกกล้ามเนื้อจำนวน 30 ลูกX 30 บาท เป็นจำนวนเงิน 900 บาท ค่าอุปกรณ์ กระตุ้นพัฒนาการ(ของเล่น)เป็นจำนวนเงิน 300 บาท

งบประมาณ 2,300.00 บาท

5. งบประมาณ

งบประมาณโครงการ 11,150.00 บาท

6. ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาดำเนินโครงการ ตั้งแต่ วันที่ 20 มกราคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2563

7. สถานที่ดำเนินการ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสโงหงปาดี

8. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลปะลู่ จำนวน 11,150.00 บาท รายละเอียดดังในวิธีดำเนินการ/กิจกรรม ด้านบน

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้ทางกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้น ร้อยละ70% ผู้พิการทางสมองได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้น ร้อยละ80%

10. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

10.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสโงหงปาดี

ประเภทหน่วยงาน

- 10.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- 10.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- 10.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- 10.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- 10.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน
- 10.1.6 สำนักงานเลขาฯกองทุน

10.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

- 10.2.1 ประเภท 1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข
- 10.2.2 ประเภท 2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น
- 10.2.3 ประเภท 3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ

- 10.4.5.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 10.4.5.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 10.4.5.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 10.4.5.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 10.4.5.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- 10.4.5.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- 10.4.5.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- 10.4.5.8 อื่นๆ

ระบุ

10.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- 10.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 10.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 10.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 10.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 10.4.6.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 10.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- 10.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 10.4.6.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 10.4.6.9 อื่นๆ

ระบุ

10.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

- 10.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 10.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 10.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 10.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 10.4.7.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- 10.4.7.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- 10.4.7.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- 10.4.7.8 อื่นๆ

ระบุ

10.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

- 10.4.8.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 10.4.8.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 10.4.8.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 10.4.8.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 10.4.8.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 10.4.8.6 อื่นๆ

ระบุ

10.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

- 10.4.9.1 อื่นๆ

ระบุ

ลงชื่อ *Tawding* ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(*นาย ทาจุง สอนรัมย์*)

ตำแหน่ง *นักพัฒนาชุมชน*

วันที่-เดือน-พ.ศ. *30 มกราคม 2563*

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลปะจว

ครั้งที่ ... 1 ... / ... 2563 ... เมื่อวันที่ ... 27 ... ค.พ. 2563 ... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน บาท

เพราะ

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3) ภายในวันที่ .1 .. กันยายน .. 2563

ลงชื่อ

(.. นายอุดม .. นาคสงว ..)

ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลปะจว

วันที่-เดือน-พ.ศ. 27 .. กุมภาพันธ์ .. 2563