

ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหมู่ที่ ๕ พื้นที่.....

1. ผลการดำเนินงาน

1. อบรม 40 ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 0-3 ปี ที่เข้าร่วมกิจกรรมรัฐราชการ
แปรรูปที่ทุกวัย

2. อบรม 40 ของผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 0-3 ปี ที่เข้าร่วมกิจกรรม
ฝึกงานฯ ตามที่ไปเป็นทูลงสุขภาพช่องปากของเด็กอนุบาล

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

- บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์โครงการ เพราะ.....

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	..... 60000	บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	..... 60000	บาท คิดเป็นร้อยละ 100%
งบประมาณคงเหลือคืนกองทุนฯ	..... - .....	บาท คิดเป็นร้อยละ -

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
- มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

ลงชื่อ..... .....ผู้รายงาน

(นางสาวสุวิไล งามดี)

ตำแหน่ง.....ครู.....

วันที่-เดือน-พ.ศ..... 2/4/63

ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหมู่ที่ ๕ พื้นที่.....

1. ผลการดำเนินงาน

1. อบรม 40 ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 0-3 ปี ที่เข้าร่วมกิจกรรมรัฐราชการ
แปรงฟันที่ทุกเช้า

2. อบรม 40 ของผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 0-3 ปี ที่เข้าร่วมกิจกรรม
ฝึกงาฟรี ความถี่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอนุบาล

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

- บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์โครงการ เพราะ.....

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	..... 60,000	บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	..... 60,000	บาท คิดเป็นร้อยละ 100%
งบประมาณคงเหลือคืนกองทุนฯ	..... - .....	บาท คิดเป็นร้อยละ -

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
- มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

ลงชื่อ..... ผู้รายงาน

(นางสาวสุวิไล งามดี)

ตำแหน่ง.....ครู.....

วันที่-เดือน-พ.ศ..... 2/4/63