

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกัน  
สุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)  
ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการหนุนน้อยพิเศษ

๑. ผลการดำเนินงาน

- นักเรียนมีสุขภาพฟื้นดีขึ้น
- ผู้ปกครองสามารถแปร่งฟันให้นักเรียนได้อย่างถูกวิธี

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ .....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมในแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....๙๒.....คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .....๒๔,๗๔๐..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง .....๒๔,๗๔๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....๑๐๐%.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ .....-..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....-.....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
- มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....การเลือกใช้อุปกรณ์การแปร่งฟันไม่เหมาะสมกับช่วงอายุของนักเรียน

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....อธิบายวิธีการเลือกแปร่งฟันที่เหมาะสมกับช่วงอายุของนักเรียน

ลงชื่อ .....<sup>ผู้</sup>..... ผู้รายงาน

(นางสาวนุรี สุวรรณฤกษ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่-เดือน-พ.ศ. .... ๓ / ตุลาคม / ๒๕๖๕