☐ สำนักปลัด
☐ ส่วนการคลัง
☐ ส่วนโยธา

สปสช.

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย
รับที่ 2076
วันที่ 21 ก.ย. 2564 เวลา.....

ที่ ๕ /๒๕๖๔

ที่ทำการชมรม อสม.รพ.สต.บ้านควนเคี่ยม
ต.ทุ่งค่าย อ.ย่านตาขาว
จ.ตรัง ๙๒๑๔๐

๒๐ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอคืนเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการฯประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานผลการดำเนินโครงการ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย ได้สนับสนุนเงินประมาณในการดำเนินโครงการของ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ ๕ บ้านควนยวน จำนวน ๑ โครงการ คือโครงการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว(กสค.) เป็นเงินจำนวน ๑๑,๕๕๐ บาท

แต่เนื่องด้วยการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ ๕ บ้านควนยวน จึงไม่สามารถจัดกิจกรรมตามโครงการได้ จึงขอนำส่งแบบรายงานผลการดำเนินโครงการ พร้อมเงินสด จำนวน ๑๑,๕๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันห้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน) คืนกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางมาลีวรรณ พันทา)
ประธาน อสม.หมู่ที่ ๕ ตำบลทุ่งค่าย

(นางฉัตรชวรรณ รักษ์นุ้ย)
เจ้าพนักงานธุรการ
๒๑ ก.ย. ๒๕๖๔

(นางปรีดา วันเกื้อ)
หัวหน้าสำนักปลัด
๒๑ ก.ย. ๒๕๖๔

(นายอิสรพล จินาอุ)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย

(นายธานินทร์ กลแสง)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย

ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม อบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค)

1. ผลการดำเนินงาน ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากมีการแพร่ระบาดได้ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

☐ บรรลุตามวัตถุประสงค์

☑ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามโครงการได้

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมในแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม - คน

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ 11550 บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง - บาท คิดเป็นร้อยละ

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ - 11550 บาท คิดเป็นร้อยละ 100

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☑ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อ [signature] ผู้รายงาน

(นางมาลวรรณ ขันทา)

ตำแหน่ง ประธาน อสม. 5 ต. ทุ่งค่าย

วันที่ เดือน-พ.ศ.

ตัวอย่าง

เล่มที่.....1.....

เลขที่.....8.....

ใบเสร็จรับเงิน

วันที่ .....21..... เดือน ...กันยายน.....พ.ศ. ....2564.....

กองทุนหลักประกันสุขภาพ .....อบต.ทุ่งค่าย..... เลขที่ .....35/5.....

ตำบล .....ทุ่งค่าย..... อำเภอ .....ย่านตาขาว..... จังหวัด .....ตรัง.....

ได้รับเงินจาก.....ชมรม อสม.หมู่ที่ 5 บ้านควนยวน.....เลขที่.....หมู่.....

ตำบล.....ทุ่งค่าย.....อำเภอ.....ย่านตาขาว.....จังหวัด.....ตรัง.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รับเงินคืโครงการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.)หมู่ที่ 5	11,550	-
	11,550	-

จำนวนเงิน ...หนึ่งหมื่นหนึ่งพันห้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน.....

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน

(นางเรไร พลแสง)

เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี