

**ประชาสัมพันธ์ขอเชิญผู้สนใจส่งโครงการ เพื่อขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.นาโปง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖4**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์พ.ศ. ๒๕๕๗ ประกาศนี้ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นต้นไป ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น หรือสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติดังนี้

1. เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือ

หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การปูองกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

 (๒) เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชน หรือหน่วยงานอื่น ในพื้นที่ ได้ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การปูองกันโรค ให้แก่สมาชิกหรือประชาชนในพื้นที่ และกรณีมีความจำเป็นต้องจัดซื้อวัสดุที่มีลักษณะเป็นครุภัณฑ์ให้สนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกิน 10,๐๐๐ บาทต่อโครงการ วัสดุที่มีลักษณะเป็นครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้อยู่ในความดูแลและบำรุงรักษาของกลุ่มหรือองค์กรประชาชนหรือหน่วยงานอื่น ที่ได้รับการสนับสนุนนั้นๆ

(๓) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การปูองกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์ชื่ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ หรือศูนย์ชื่ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด เป็นเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น



(๔) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ ละปีงบประมาณนั้น และในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ให้สนับสนุนได้ในวงเงินตามความจำเป็น โดยการจัดซื้อจัดจ้างให้ใช้ระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยอนุโลม และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้อยู่ในความดูแลและบำรุงรักษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ

(๕) กรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินกองทุนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้

**ผู้มีสิทธิ์ที่จะขอรับการสนับสนุนเงินกองทุนฯ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่**

- สถานบริการ หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดเพิ่มเติม

- หน่วยบริการ หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ - หน่วยงานสาธารณสุข หมายความว่า หน่วยงานที่มีภากิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่มิเป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ส่วนสาธารณสุข เป็นต้น

- หน่วยงานอื่น หมายความว่า หน่วยงานที่มิได้มีภารกิจสาธารณสุขโดยตรงแต่อาจดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพหรือการปูองกันโรคได้ในขอบเขตหนึ่ง เช่น โรงเรียน สถาบันการศึกษา วัด เป็นต้น

- กลุ่มหรือองค์กรประชาชน หมายความว่า องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน หรือภาคเอกชน ที่มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ชมรม สมาคม มูลนิธิ หรือองค์กรที่เรียกชื่ออื่นตั้งแต่ ๕ คนขึ้นไป ซึ่งเป็นการรวมตัวกันดำเนินกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์ไม่แสวงหากำไร ทั้งนี้จะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ได้

**- ส่งโครงการตั้งแต่บัดนี้ – 30 พฤศจิกายน 2563 ณ สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ สำนักปลัด อบต.นาโป่ง เบอร์โทรศัพท์ 054-825377-8**

**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ .......................................................................**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.......................................................................................................

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.........................................................................................

 ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน(ระบุชื่อ) ..............................................................................มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม....................................................................................................ในปีงบประมาณ............................โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ………. ..……………............................เป็นเงิน........................... บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ 1: รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)**

**1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 1. ..........................................................................................................................................................

 2. .........................................................................................................................................................

 3. ..........................................................................................................................................................

**2. วิธีดำเนินการ**

 1. ...........................................................................................................................................................

 2. ..........................................................................................................................................................

 3. ...........................................................................................................................................................

 4. ..........................................................................................................................................................

 5. ...........................................................................................................................................................

**3. ระยะเวลาดำเนินการ**

 ................................................................................................................................................................

**4. สถานที่ดำเนินการ**

 ...............................................................................................................................................................

**5. งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ..........................................................................................
จำนวน................................. บาท รายละเอียด ดังนี้

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

 - ค่า............................................................................................... เป็นเงิน ......................... บาท

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 2. ...............................................................................................................................................................

 3. ...........................................................................................................................................................

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน...............................................................................................................

 7.1.1หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 7.1.2หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 7.1.3หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 7.1.4หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 7.1.5กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**7.2 ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

 7.2.1สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

7.2.2สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

7.2.3สนับสนุนการจัดกิจกรรมของศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

7.2.4สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

7.2.5สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

**7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)**

 7.3.1กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 7.3.2กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 7.3.3กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 7.3.4กลุ่มวัยทำงาน

 7.3.5.1กลุ่มผู้สูงอายุ

 7.3.5.2กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 7.3.6กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 7.3.7กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 7.4.1กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.1.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.1.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 7.4.1.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.1.5การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 7.4.1.6การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 7.4.1.7 การส่งสริมสุขภาพช่องปาก

 7.4.1.8อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................................

 7.4.2กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.2.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.2.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.2.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.2.5การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 7.4.2.6การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 7.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 7.4.2.8อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................................

7.4.3กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 7.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.3.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.3.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.3.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.3.5การส่งสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 7.4.3.6การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 7.4.3.8การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 7.4.3.9อื่นๆ (ระบุ) .........................................................................................................

 7.4.4กลุ่มวัยทำงาน

 7.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.4.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.4.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.4.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.4.5การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 7.4.4.6การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 7.4.4.8การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 7.4.4.9อื่นๆ (ระบุ) ......................................................................................................

 7.4.5.1กลุ่มผู้สูงอายุ

 7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.5.1.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.5.1.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.5.1.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.5.1.5การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 7.4.5.1.6การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 7.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 7.4.5.1.8อื่นๆ (ระบุ) ........................................................................................................

7.4.5.2กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.5.2.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.5.2.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.5.2.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.5.2.5การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 7.4.5.2.6การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 7.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 7.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 7.4.5.2.9อื่นๆ (ระบุ) ........................................................................................................

 7.4.6กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.6.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.6.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.6.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.6.5การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 7.4.6.6การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 7.4.6.8อื่นๆ (ระบุ) ..........................................................................................................

 7.4.7กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.7.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.7.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.7.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.7.5การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 7.4.7.6อื่นๆ (ระบุ) ..........................................................................................................

 ลงชื่อ...............................................................ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 (.................................................................)

 ตำแหน่ง............................................................

 วันที่-เดือน-พ.ศ. ................................................

ลงชื่อ...............................................................ผู้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

( นายสมยศ วงศ์เศรษฐี )

ตำแหน่งประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

หรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาโป่ง

วันที่-เดือน-พ.ศ. ……………………………………………………..

**ส่วนที่ 3: แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..........................................................................................................................

**1. ผลการดำเนินงาน**

 .................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

 🞎ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ...................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .................................................บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง .................................................บาทคิดเป็นร้อยละ...................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ .................................................บาทคิดเป็นร้อยละ..................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มี

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

..........................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

 แนวทางการแก้ไข (ระบุ)......................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

ลงชื่อ.....................................................................ผู้รายงาน

 (.........................................................................)

ตำแหน่ง.....................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. .........................................................