

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่

รายงานผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ตำบลห้วยไร่ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยไร่ โดยมีหลักฐาน เอกสารประกอบรายงาน ดังนี้

- ☒ แบบรายงานผลการดำเนินงาน
- ☒ รายงานคณะกรรมการติดตามประเมินผลโครงการ
- ☒ รายชื่อผู้เข้าร่วมตามโครงการ
- ☐ กำหนดการดำเนินโครงการ/การประชุม
- ☒ รูปภาพการดำเนินงาน
- ☐ ใบจัดซื้อจัดจ้าง กรณี หน่วยงานรัฐหรือองค์กร
- ☒ ใบเสร็จ หรือใบสำคัญทางการเงินและเอกสารผู้รับเงิน
- ☐ รายงานการประชุม
- ☐ อื่นๆ

ลงชื่อ

จันทิมา

(นางสาวจันทิมา ต่อติด)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ/ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ

☒ เพื่อโปรดทราบ

☐

ลงชื่อ

(นางลัษณา หิรัญวรรณ)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่/เลขานุการกองทุนฯ

☒ ทราบ

☐

ลงชื่อ

(นายนรากร แนน้อย)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่/ประธานกองทุนฯ



แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
 กองทุน หลักประกันสุขภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยไร่ รหัส กปท. L1000
 อำเภอ คอนสวรรค์ จังหวัด ชัยภูมิ

1. ชื่อ ☐ แผนงาน ☒ โครงการ ☐ กิจกรรม

โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ตำบลห้วยไร่ อำเภอคอนสวรรค์
 จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

2. ผลการดำเนินงาน

๑. ชมรม TO BE NUMBER ONE จัดรณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิงรุก จำนวน ๑ ครั้ง
 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๕๐ คน
๒. จัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลใน รพ.สต. ห้วยไร่ มีป้ายประชาสัมพันธ์ ชัดเจน ๑ แห่ง
๓. จัดกิจกรรมชมรม TO BE NUMBER ONE เป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด ในชุมชน ๑ ครั้ง ผู้เข้าร่วม
 กิจกรรม ๕๐ คน
๔. จัดศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE เพื่อนช่วยเพื่อนในโรงเรียน มีป้ายชี้แจง ๑ แห่ง
๕. กิจกรรมรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน จำนวน ๑ ครั้ง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๕๐ คน
๖. จัดกิจกรรมจิตอาสา การบำเพ็ญประโยชน์ ในวัด โรงเรียน จำนวน ๑ ครั้ง ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๕๐ คน
๗. จิตอาสาเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน ๓๐ คน

3. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- ☒ บรรลุตามวัตถุประสงค์
☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

4. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ8000..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง8000..... บาท คิดเป็นร้อยละ 100

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน.....0.....บาท คิดเป็นร้อยละ0



5.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☒ ไม่มี☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

6.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

☒ สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)☒ ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง☐ อื่น ๆ

7.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย 3 คน ขึ้นไป)

1. ชื่อ นางรัชนี ผดุงโชค หมายเลขโทรศัพท์ 0656154716
2. ชื่อ นายทองคุณ ญาติปลื้ม หมายเลขโทรศัพท์ 0817603602
3. ชื่อ นายสุชฤกษ์ ดีโนนโพธิ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0941122470
4. ชื่อ นางกนกพร ดีโนนโพธิ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0973342098
5. ชื่อ น.ส.ศันสนีย์ พิมลิม หมายเลขโทรศัพท์ 062213470
6. ชื่อ น.ส.สุรางค์ คำสา หมายเลขโทรศัพท์ 0932851897
7. ชื่อ นางสาวศิริลักษณ์ จ้าวนาเสียว หมายเลขโทรศัพท์ 0910199622

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นางสาวศิริลักษณ์ จ้าวนาเสียว)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไร่

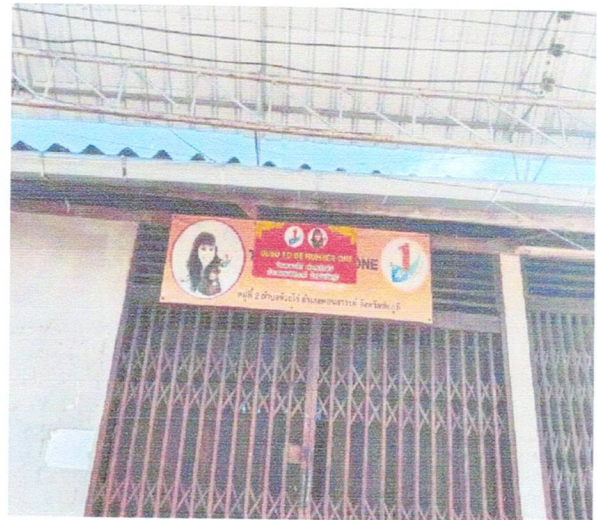
วันที่-เดือน-พ.ศ. 8 สิงหาคม 2566



ภาพกิจกรรม การดำเนินงาน









แบบรายงานการติดตามประเมินผลโครงการที่ขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลห้วยไร่
โครงการโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ตำบลห้วยไร่ อำเภอคอนสวรรค์
จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๘,๐๐๐....บาท เบิกจ่าย...๘,๐๐๐....บาท คงเหลือ.....๐.....บาท

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- ☒ หน่วยงานบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไร่
☐ กลุ่มประชาชน/องค์กรชุมชน.....
☐ กองทุน (การบริหารจัดการกองทุน)

ประเภทการสนับสนุน

- ☒ การจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
☐ การสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคของกลุ่ม/องค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น
☐ การจัดกิจกรรมของศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ
☐ การเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย

- ☐ หญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอด
☐ เด็กเล็ก แรกเกิด-ต่ำกว่า ๖ ปี
☒ เด็กโตและเยาวชน ตั้งแต่ ๖ ปี -ต่ำกว่า ๒๕ ปี
☐ ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ ตั้งแต่อายุ ๒๕ ปี
☐ ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
☐ ผู้พิการและทุพพลภาพ
☐ อื่นๆ.....

ผลการตรวจสอบกิจกรรมของโครงการ

- | | |
|--|---|
| ☒ ถูกต้องตามวัตถุประสงค์กองทุนฯ | ☐ ไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์กองทุน |
| ☒ ครบถ้วนตามแผนการดำเนินการ | ☐ ไม่ครบถ้วนตามแผนการดำเนินการ |
| ☒ แล้วเสร็จตามกำหนดในแผนปฏิบัติการ | ☐ ไม่แล้วเสร็จตามกำหนดในแผนการปฏิบัติการ |

สรุปความเห็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ/คณะทำงาน

จากการติดตามการดำเนินงานโครงการฯ เสร็จสิ้นตามกำหนดเวลา และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ เยาวชนสมาชิก
TO BE NUMBER ONE มีจิตอาสาพร้อมเพรียงในการทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ ลดเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดทุกชนิด
เห็นควรให้มีโครงการฯ นี้ในปีต่อไป

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(นายเจริญ ภาณุมาตย์)



เลขที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 18 กรกฎาคม 2566

ข้าพเจ้า นามเจริญ งามมาตย์ บ้านเลขที่ 44 หมู่ 12 ตำบล นาเลาเมือง อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงใหม่

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไร่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค. น. แทน คณะกรรมการรพ. ๖ เงินอุดหนุนโครงการได้ มีส่วนร่วมในการ มีสุขภาพดี TOBENUMBER ONE ค. เพื่อใช้ มี ๖๕๖	200	-
เป็นเงิน		
(ตัวอักษร) (สองร้อยบาทถ้วน =)	200	-

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(นาม น. นามมาตย์)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวกัญญา ห่อหุ้มทรัพย์)

ตำแหน่ง

Signature

(นางสาวศิริลักษณ์ จัวนาเสียว)
ผอ.รพ.สต.ห้วยไร่

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 3606 00439 97 8

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย เจริญ ภาณุมาตย์
Name Mr. Charoen
Last name Panumai
เกิดวันที่ 9 พ.ย. 2513
Date of Birth 9 Nov. 1970
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 144 หมู่ที่ 12 ต.นาเลี้ยว อ.เมืองชัยภูมิ
จ.ชัยภูมิ
6 ต.ค. 2564
วันออกบัตร 6 Oct. 2021
Date of issue

นายแพทย์
(นายแพทย์ จงจิระ)
เจ้าพนักงานออกบัตร

8 พ.ย. 2572
วันบัตรหมดอายุ 8 Nov. 2029
Date of expiry 3601-03-10060946



ออกบัตร
10/11/2564
(นายแพทย์ จงจิระ)

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวศิริลักษณ์ จัวนาเลียว)

ผอ.รพ.สต.ห้วยไร่

07

№ 4

บริการ : รับถ่ายเอกสาร เข้าเล่มหนังสือ รายงาน

วันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
 นาม รพ. ศต. พัทธวิ
 ที่อยู่ หมู่ 13 ต. พัทธวิ อ. ดอนสวรรค์ จ. ชัยภูมิ

[illegible]

ผู้รับเงิน ๒๗

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวศิริลักษณ์ จ้าวนาเสียว)
ผอ.รพ.สต.ห้วยไร่

75

บิลเงินสด

10

ໄປອາໄສໄປ

151/69 ถนนบูรพา ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี 3360101399253

โทร. 044-838159, 089-5831094

จำง่าย... สติ๊กเกอร์, แผ่นป้ายพลาสติก, ป้ายไวนิล ฯลฯ

วันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

นาม..... รพ. สก. เชียงใหม่

ที่อยู่..... หมู่ 13 ต.ห้วยวัง อ.หนองบัวลำภู จ.บึงกาฬ

[illegible]

ผู้รับเงิน วิมล นิลดา

ขอบคุณทุกท่านที่มาอุดหนุน

ส่วนประกอบต้อง

(นางสาวศิริลักษณ์ จ้าวนาเสียว)

ผอ.รพ.สต.ห้วยไร่

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวศิริลักษณ์ จ้าวนาเสียว)

ผอ.รพ.สต.ห้วยไร่

