

องค์การบริหารส่วนตำบลป่าโมง
เลขที่ 599
วันที่ 16.20
8 ส.ค. 65

ตำบลป่าโมง
เลขที่ 16
วันที่ 2 ส.ค. 2565
เวลา 13.55

ที่.....

บ้านไร่โมงใหญ่ หมู่ที่ 10
ตำบลป่าโมง อำเภอดেখอุดม
จังหวัดอุบลราชธานี 34160

วันที่ 1 สิงหาคม 2565

- ลงนาม
- ลงนามแก้ไข
- กองคลัง
- กองช่าง
- กองการศึกษา

เรียน นำส่งรายงานการดำเนินโครงการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนป้องกันโรคไข้เลือดออก ปี 2565

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าโมง

- | | |
|------------------------------------|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.ประชาคมหมู่บ้าน | จำนวน 1 ชุด |
| 2.แบบรายงานโครงการฯ | จำนวน 1 ชุด |

ตามที่คณะกรรมการหมู่บ้านได้รับการอุดหนุน ตามโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าโมง ให้ดำเนินการตามโครงการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนป้องกันโรคไข้เลือดออก ปี 2565 และหาวิธีการป้องกันตามที่เสนอ นั้น

บัดนี้ทางคณะกรรมการได้ดำเนินการเสร็จเป็นที่เรียบร้อย ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยมีการทำความสะอาดหมู่บ้านและมีการฉีดพ่นหมอกควัน ประชาชนในพื้นที่ได้รับประชาชนได้รับประโยชน์และมีความพึงพอใจเป็นอย่างมาก ตามรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้

องค์การบริหารส่วนตำบลป่าโมง
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายประสิทธิ์ อุดมญาติ)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลป่าโมง

(นายฉัตรชัย สารพืชมณี)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลป่าโมง

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลป่าโมง.....

นางสาว นงนุช ๑๖

นางสาว นงนุช ๑๖

นางสาว นงนุช ๑๖

นางสาว นงนุช ๑๖

โทรศัพท์ 094-4618537

นายฉัตรชัย นิตยารส
หัวหน้าสำนักงานปลัด

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าโมง

ส่วนที่ 3: แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการ
ดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....สร้างเสริมเข้มแข็งในชุมชนป้องกันโรคไข้เลือดออก

1. ผลการดำเนินงาน

.....ได้ดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
ให้ทั้งประชาชนและได้ทำความสะอาดภายในหมู่บ้าน

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม 50 คน

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ 6,000 บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง 6,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 100%

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาทคิดเป็นร้อยละ.....

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อ..... นพ.....ผู้รายงาน

(นพ นพ. ทวีกร-๑๖.....)

ตำแหน่ง..... รพ.อห.....

วันที่-เดือน-พ.ศ.