
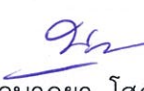



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลชะอำ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี  
ตามประกาศโรงพยาบาลชะอำ  
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาลชะอำ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลชะอำ	
ชื่อหน่วยงาน : ..กลุ่มงานบริหารทั่วไปโรงพยาบาลชะอำ.....	
วัน/เดือน/ปี : ..๑๐ มีนาคม ๒๕๖๓.....	
หัวข้อ : ..ผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการโครงการตามภารกิจหลักของหน่วยงานหรือไม่ EB.๗	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) .....แผนการดำเนินโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี ๒๕๖๓..... .....	
Link ภายนอก : .. - ไม่มี - ..	
หมายเหตุ : .. .....	
<p>ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล</p> <p> (นางสาวนาถญา โสภาค) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ..... วันที่...๑๐...เดือน...มีนาคม...พ.ศ..๒๕๖๓...</p>	<p>ผู้อนุมัติรับรอง</p> <p> (นางสาวนาถญา โสภาค) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ..... วันที่...๑๐...เดือน...มีนาคม...พ.ศ..๒๕๖๓...</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่</p> <p> (นายภัทรพล วารีประโคน) ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์. วันที่...๑๐...เดือน...มีนาคม...พ.ศ..๒๕๖๓...</p>	



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ที่ พบ๐๐๓๒.๓๐๑/ ๓๒

ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่แผนการดำเนินโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี ๒๕๖๓ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาลชะอำ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ

ตามที่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม ได้ทำแผนโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี ๒๕๖๓ นั้น

ในการนี้ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลชะอำ จึงขออนุญาตเผยแพร่ผ่าน Website ของโรงพยาบาลชะอำต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางสาวนัญญา โสภาค)  
นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

อนุมัติ/ไม่อนุมัติ

(นายประกาศิต ชมชื่น)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ

ชื่อ โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี ๒๕๖๓

กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	การประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ
๑.อบรมให้ความรู้ในเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อค้นหา ติดตามผู้ถูกสัตว์ เลี้ยงลูกด้วยนม กัด ข่วน เลีย	๑.เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ที่ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ๒.เพื่อป้องกันควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าขึ้นในชุมชน ๓.ประชาชนมีความปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ๔.เพื่อสร้างความตื่นตัวและกระตือรือร้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมเห็นความสำคัญในการนำสุนัข และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม กัด ข่วน เลีย	๑.ประชุมผู้เกี่ยวข้อง ๒.เขียนแผนงานโครงการเพื่อขออนุมัติ ๓.ประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง ๔.ดำเนินงานอบรมให้ความรู้ในเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อค้นหาติดตามผู้ถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม กัด ข่วน เลีย ให้มารับวัคซีนป้องกันโรคทุกกราย การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แมงกะพรุน และเด็กจมน้ำ ๕.ติดตามผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค ๖.สรุปผลโครงการ	ประชาชนในกลุ่มอสม.ในชุมชนเสี่ยงโรคพิษสุนัขบ้าปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๒๐ คน ใน ๒ ชุมชน	พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ถึง กันยายน ๒๕๖๓	งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ เป็นเงิน ๑๗,๓๕๐ บาท รายละเอียดดังนี้ ๑.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วม และผู้เข้าดำเนินงาน จำนวน ๑๓๐ คนๆ ละ ๒๕ บาท ( ๒๕ บาท x ๑๓๐ คน ) เป็นเงิน ๓,๒๕๐ บาท ๒.ค่าอาหารเย็นสำหรับผู้เข้าอบรม และผู้เข้าดำเนินงาน จำนวน ๑๓๐ คน (๑๓๐ คน x ๗๐ บาท) เป็นเงิน ๙,๑๐๐ บาท ๓.ค่าตอบแทนวิทยากรนอก ชม. ละ ๖๐๐ บาท จำนวน ๒ วัน (๖๐๐ บาท x ๒ ชม.) เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท	๑.กลุ่มประชาชน และ อสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นในการป้องกันความรู้อันตรายของตนเองจากการถูกสุนัข กัด ข่วน เลีย ๒.กลุ่มประชาชน และ อสม. มีความรู้ในการติดตามผู้ถูกสัตว์ กัด ข่วน เลีย ให้มารับวัคซีนอย่างทั่วถึง ๓.กลุ่มประชาชน และ อสม. มีความรู้พื้นฐานในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เรื่องแมงกะพรุน และเรื่องเด็กจมน้ำ	๑.นางสาว ศันสนีย์ หอมเย็น ศึกษานิเทศก์ สาธารณสุข ๒.นายประภาศิต ชมชื่น นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชะอำ

ประเภทกิจกรรมที่ ๑ สนับสนุนหน่วยบริการ

ชื่อ โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี ๒๕๖๓

กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	การประเมินผล	ผู้รับผิดชอบ
					๔. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัวนอกเวลางาน จำนวน ๕ คน (๗๕ บาท x ๔ ชั่วโมง x ๕ คน x ๒ วัน) เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท ๕. ค่าถ่ายเอกสารให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เรื่องแมงกะพรุนและเรื่องเค็ดฉลาม จำนวน ๑๒๐ ชุดๆ ละ ๑๐ บาท (๑ ชุด มี ๒๐ หน้า) (๑๒๐ ชุด x ๑๐ บาท) เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๑๗,๗๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)		

อยู่ระหว่างดำเนิน

โครงการ

ขอสงวนลิขสิทธิ์



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี  
เลขที่รับ..... 000535 .....

วันที่ 14 มี.ค. 2563

วันที่.....  
ชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....

EB 10

ที่ พบ ๐๐๓๒.๓๐๔/๕๑

โรงพยาบาลชะอำ อำเภอชะอำ  
จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๓

จำนวน.....  
วันที่ 14 มี.ค. 2563  
16-08-2

เรื่อง ขอส่งโครงการเพื่อพิจารณาอนุมัติ  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี  
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเสนอโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า  
เทศบาลเมืองชะอำ ปี ๒๕๖๓

จำนวน ๑ โครงการ

ตามที่ โรงพยาบาลชะอำได้ดำเนินการขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกัน  
สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลเมืองชะอำ เพื่อสนับสนุนในการจัดทำโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ  
ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี ๒๕๖๓ เป็นจำนวนเงิน ๑๗,๗๕๐ บาท ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยใน  
พื้นที่เขตเทศบาลเมืองชะอำ ปี ๒๕๖๓ ขึ้นนั้น

บัดนี้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลเมืองชะอำ  
ได้อนุมัติงบประมาณแล้ว จึงได้ให้ผู้รับผิดชอบ จัดทำโครงการเสนอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อนายแพทย์  
สาธารณสุขจังหวัดอนุมัติโครงการตามข้อที่ ๒.๑ ตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายประภาสิต ชมชื่น)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ

<input checked="" type="checkbox"/> ทราบ	<input checked="" type="checkbox"/> ลงนามแล้ว
<input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ	<input type="checkbox"/> อนุมัติ
<input type="checkbox"/> เห็นชอบ	<input type="checkbox"/> ส่งผู้มีอำนาจ
<input checked="" type="checkbox"/> แจ้งผู้เกี่ยวข้อง	

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม

โทร. ๐-๓๒๕๗-๑๐๐๗ ต่อ ๑๒๑

โทรสาร ๐-๓๒๕๗-๑๖๖๖

ณ นพ.ตสจ.เพชรบุรี

เพื่อโปรดพิจารณา

ขอสงวนลิขสิทธิ์

ขอโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ณ.....

ใช้เงิน กอปรุณทททท เปิดชรต

(นายเพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี  
๒๑ มี.ค. ๒๕๖๓

(นายบุญลภ ทิพย์จันทร์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

ผ่านการเห็นชอบจากกลุ่มงาน.....

ผ่านการเห็นชอบจากกลุ่มงาน.....



L7117.044 / 056

**บันทึกข้อตกลง****การขอรับเงินอุดหนุนจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ**

เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ

วันที่ ๒๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลชะอำ โดย นายประภาศิต ชมชื่น ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี ๒๕๖๓ เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่งกับกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ โดย นายอนุช พรมสมบูรณ์ศิริ ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑. ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมต่อไปในบันทึกนี้ เรียกว่าโครงการ/กิจกรรม ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ ได้ให้เงินอุดหนุน จำนวน ๑๗,๗๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์เป้าหมาย แผนการดำเนินของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกประการ

ข้อ ๒. หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตาม โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี ๒๕๖๓. และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่ปฏิบัติตามโครงการ/กิจกรรมนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัยพันวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถาม เป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
๒. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในก่าดำเนินการโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดท้าววัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม

๔. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานดังกล่าวให้นำส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ

๕. ให้กลุ่ม/ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ ตามรูปแบบกำหนดภายใน ๓๐ วัน หลังสิ้นสุดการดำเนินงานตามโครงการ/กิจกรรม

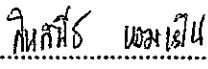
๖. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม เป็นงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ


๗. เอกสารตามภาคผนวกจำนวน.....๑.....ฉบับให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกข้อตกลงฉบับนี้  
ภาคผนวก ๑ บันทึกข้อตกลงการจ่ายเงิน  
ภาคผนวก ๒.....

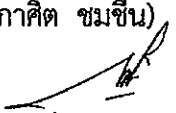
กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลง ตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด


บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ ผู้สนับสนุนโครงการหนึ่งฉบับ


ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..........ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม  
(นางสาวคันทันนีย์ หอมเย็น)

(ลงชื่อ)..........กรรมการ/ผู้รับผิดชอบโครงการ  
(นายประภาศิต ชมชื่น)

(ลงชื่อ)..........ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม  
(นายนุกูล พรสมบูรณ์ศิริ)  
ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน

(ลงชื่อ)..........พยาน  
(นายออคม อุดชาชน)  
กรรมการและเลขานุการกองทุน

(ลงชื่อ)..........พยาน  
(นายอนันต์ พรสมบูรณ์ศิริ)  
ประธานอนุกรรมการกองทุน



## ภาคผนวก ๑

### บันทึกข้อตกลงการจ่ายเงิน

โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี ๒๕๖๓

การจ่ายตามข้อตกลง โดยการจ่ายเงินเป็นการจ่ายล่วงหน้าตามข้อตกลงและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยผู้ที่รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

(๑) โครงการที่ผ่านการอนุมัติ และประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว

(๒) แบบบันทึกข้อตกลง ที่กองทุนระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน ประกอบด้วย

(๒.๑) รายละเอียดโครงการ เช่น ชื่อโครงการ ผู้รับผิดชอบ เป็นต้น

(๒.๒) รายละเอียดงวดเงิน (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) โดยจ่ายเงินให้ผู้รับผิดชอบโครงการโดยโอนผ่านบัญชีของโรงพยาบาลชะอำ จำนวน ๑ งวด รายละเอียดดังนี้

- จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการทั้งหมด จำนวน ๑๗,๗๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) เมื่อกองทุนได้รับแจ้งกำหนดการจัดกิจกรรมตามโครงการ ล่วงหน้าก่อนดำเนินงาน ๓๐ วัน และได้มีการลงนามในบันทึกข้อตกลงไว้แล้ว

หลักฐานการดำเนินงานตามโครงการประกอบด้วย

๑. รูปถ่ายผลการดำเนินกิจกรรมจำนวนไม่น้อยกว่า ๔ รูป

๒. สรุปผลการดำเนินงาน รายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณตามแบบที่กำหนด เมื่อสิ้นสุดโครงการให้จัดส่งหลักฐานการดำเนินงานดังกล่าว รายงานให้เทศบาลเมืองชะอำทราบภายใน ๓๐ วัน



**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**  
**เทศบาลเมืองชะอำ**  
**อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี**  
**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี 2563  
 เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองชะอำ

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน (ระบุชื่อ) กลุ่มงานด้านบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลชะอำ มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเทศบาลเมืองชะอำ ปี 2563 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ เป็นเงิน 17,750 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

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

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนที่น่าว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ที่ติดเชื้อหากแสดงอาการแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย แต่โรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่ครบชุดตามกำหนดนัด โดยกลุ่มประเทศในสมาชิกอาเซียนกำหนดไว้ให้พื้นที่ในภูมิภาคปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE)

ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศหนึ่งที่ยังพบโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและในสัตว์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงร่วมกับกรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2563 เพื่อให้เป็นแผนแม่บทในการป้องกัน ควบคุม และกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย จึงจำเป็นต้องมีมาตรการการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้บรรลุเป้าหมายไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศ

ปีงบประมาณ 2561 ตำบลชะอำมีประชาชนถูกสุนัขทั้งมีเจ้าของและไม่มีเจ้าของกัด และมีการนำหัวสุนัขไปตรวจทั้งหมด 19 ตัวอย่าง จากผลชันสูตรโรคสุนัขมีเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทั้งหมด 18 ตัวอย่าง และปีงบประมาณ 2562 ตำบลชะอำส่งหัวสุนัขตรวจอีก 2 ตัวอย่าง พบเชื้อพิษสุนัขบ้าทั้ง 2 ตัวอย่าง หลังจากเหตุการณ์ดังกล่าวสุนัขในชุมชนติดเชื่อโรคพิษสุนัขบ้าหลายตัวส่งผลให้เกิดความไม่สบายใจของประชาชนในชุมชนและละแวกใกล้เคียงเนื่องจากพื้นที่ตำบลชะอำส่วนใหญ่เป็นแหล่งท่องเที่ยว มีนักท่องเที่ยวมาพักอาศัยในพื้นที่จำนวนมาก

ดังนั้นการดำเนินงานรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จึงเป็นกิจกรรมที่สามารถกระตุ้นให้ประชาชนที่มี สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ที่มีอยู่ในความดูแลหันมาตระหนักถึงปัญหาของโรคดังกล่าว ด้วยการที่มีความรู้ที่ถูกต้องและมารับบริการการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสัตว์เลี้ยงของตนจากการออกบริการของเจ้าหน้าที่จากกรมปศุสัตว์ ซึ่งจะมีผลทำให้ลดอัตราการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนที่รัก สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ลดความเสี่ยงของการถูก สุนัข แมว และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ที่สงสัยหรือเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดและป้องกันไม่ให้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้และมีความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าต่อไป จึงได้จัดทำโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเทศบาลเมืองชะอำ 2563 ขึ้น

## 1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า
  2. เพื่อป้องกันควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าขึ้นในชุมชน
  3. ประชาชนมีความปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า
  4. เพื่อสร้างความตื่นตัวและกระตุ้นให้ อสม. และประชาชนมีส่วนร่วมเห็นความสำคัญในการนำสุนัขแมวและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่อยู่ในความดูแลไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
- เพื่อให้ประชาชนและ อสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เรื่องแมงกะพรุนและเรื่องเด็กจมน้ำและมีแนวทางการป้องกันเบื้องต้น

### ตัวชี้วัด

- ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมอบรม
- ร้อยละ 90 ของกลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้น
- ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจ

## 2. วิธีดำเนินการ

### ขั้นเตรียมการ

1. ประชุมผู้เกี่ยวข้อง
2. เขียนแผนงานโครงการเพื่อขออนุมัติ
3. ประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง
4. ดำเนินงานอบรมให้ความรู้ ในเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อค้นหาติดตามผู้ถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม กัด ข่วน เลีย ให้มารับวัคซีนป้องกันโรคทุกราย การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แมงกะพรุน และเด็กจมน้ำ
5. ติดตามผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค

### ขั้นสรุปผลโครงการ

1. สรุปผลโครงการ
2. นำเสนอผลการดำเนินงานโครงการต่อไป

## 3. กลุ่มเป้าหมาย

1. ประชาชนและอสม. ในชุมชนเสี่ยงโรคพิษสุนัขบ้าปี 2562 จำนวน 120 คน .

## 4. ระยะเวลาดำเนินการ

ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563

## 5. สถานที่ดำเนินการ

1. ศาลาชุมชนตำบลชะอำ

## 6. งบประมาณ 20 ม.ค. 2563

งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ เป็นเงิน 17,750 บาท รายละเอียดดังนี้

1. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าอบรม และผู้เข้าดำเนินงาน จำนวน 130 คนๆละ 25 บาท (มีโต๊ะ 25 บาท/คน จำนวน 1 มี้อ) เป็นเงิน 3,250 บาท

2. ค่าอาหารเย็นสำหรับผู้เข้าอบรม และผู้เข้าดำเนินงาน จำนวน 130 คนๆละ 70 บาท (มีโต๊ะ 70 บาท/คน จำนวน 1 มื้อ) เป็นเงิน 9,100 บาท
3. ค่าตอบแทนวิทยากรนอกกระทรวง 1 ชม.ๆ ละ 600 บาท (600X1) จำนวน 2 วัน เป็นเงิน 1,200 บาท
4. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัวนอกเวลางาน จำนวน 5 คนๆละ 300 บาท ( ชั่วโมงละ 75 บาท/คน X 4 ชั่วโมง ) จำนวน 2 วัน เป็นเงิน 3,000 บาท
5. ค่าถ่ายเอกสารใบความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เรื่องแมงกะพรุนและเรื่องเด็กจมน้ำ จำนวน 120 ชุดๆละ 10 บาท (1 ชุดมี 20 หน้า) เป็นเงิน 1,200 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 17,750 บาท

#### 7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. กลุ่มประชาชนและ อสม.มีความรู้เพิ่มมากขึ้น ในการให้ความรู้เบื้องต้นและป้องกันตนเองจากการถูกสุนัขกัด ช่วน เลีย
2. กลุ่มประชาชนและ อสม.มีความรู้ในการติดตามผู้ถูกสัตว์ กัด ช่วน เลีย ให้มารับวัคซีนอย่างทันท่วงที
3. กลุ่มประชาชนและ อสม.มีความรู้เพิ่มมากขึ้นด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เรื่อง แมงกะพรุน และเรื่องเด็กจมน้ำเพิ่มมากขึ้นรวมถึงมีแนวทางในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

#### 8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )

##### 8.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....<sup>โรงพยาบาล๕๖</sup>.....

- 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]
- 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]
- 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]
- 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]
- 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]
- 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]
- 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

##### 8.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

- 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]
- 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]
- 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]
- 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]
- 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

##### 8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก

- 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน.....คน
- 2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน.....คน

3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน.....คน
4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน.....คน
5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.....คน
6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน.....คน
7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน.....คน
8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 120 คน
9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]
10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ) .....จำนวน.....คน

#### 8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- 8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
  4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
  7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
  8. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
  6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
  7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
  8. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
  6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
  7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
  8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  9. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน
1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรรภ์ไม่พร้อม
8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
9. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ
1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
8. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
9. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
8. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

6. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]
1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม
2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ
4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์
5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) .....
- 8.4.10 กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).....
1. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- ผู้ประสานงาน นางสาวคັນสนีย์ หอมเย็น โทร 093 - 8755989

ลงชื่อ คັນสนีย์ หอมเย็น ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
(นางสาวคັນสนีย์ หอมเย็น)  
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

ลงชื่อ [ลายเซ็น] ผู้ตรวจสอบโครงการ  
(นางนริดา กลิ่นสุคนธ์ชาติ)  
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม

ลงชื่อ [ลายเซ็น] ผู้ตรวจสอบโครงการ  
(แพทย์หญิงวิद्या นิพิฐวธนะผล)  
ตำแหน่ง ที่ปรึกษากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม

ลงชื่อ [ลายเซ็น] ผู้เห็นชอบโครงการ  
(นายประกาศิต ชมชื่น)  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ

ส่วนที่ 2: ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลง  
รายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองชะอำ ครั้งที่ A... / 2562  
เมื่อวันที่ ๒๕ ต.ค. ๒๕๖๒ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน 17,750 บาท

เพราะเป็นกิจกรรมบริการสาธารณสุขตามกลุ่มเป้าหมายที่ 7 ประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อเฝ้าระวัง  
ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพในชุมชน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามประกาศคณะกรรมการ  
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เรื่อง การจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ  
พื้นที่ ลงวันที่ 25 มีนาคม 2557

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ.....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3) ภายในวันที่ 30  
กันยายน 2563

ลงชื่อ .....

(นายอนุกุล พรสมบุญศิริ)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุน

วันที่ ๒๕ ต.ค. ๒๕๖๒



ส่วนที่ 3: แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ แผนภาพถ่ายกิจกรรม ไม่น้อยกว่า 4 ภาพ

ชื่อ โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี 2563

1. ผลการดำเนินงาน

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

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ.....

.....

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ..... บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....

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

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

.....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นางสาวศันสนีย์ หอมเย็น)

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....

ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ

(นายประกาศิต ชมชื่น)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....

ส่วนที่ 2.1: ขออนุมัติโครงการและอนุมัติใช้เงินบำรุงตามโครงการที่ได้รับงบประมาณจากกองทุน  
 วิชา แพทย์สาธารณสุขวิทยา ปี ๒๕๖๓  
 หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดเพชรบุรี

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลเมืองชะอำ ได้พิจารณาอนุมัติงบประมาณ ตามแบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี 2563 ตามมติการประชุมพิจารณาอนุมัติงบประมาณ ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....เพื่อสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการฯ ของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี จำนวนเงิน 17,750 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ในการนี้ เพื่อให้หน่วยบริการสามารถดำเนินงานกิจกรรมตามโครงการฯ ด้วยความสะดวกและเป็นไปตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1932/2555 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2555 เรื่องการมอบอำนาจในการอนุมัติการเดินทางไปราชการ การจัดประชุม การฝึกอบรม การจัดงาน การประชุมระหว่างประเทศ และค่าใช้จ่ายต่างๆ ข้อ 3 มอบอำนาจการอนุมัติโครงการ หรือหลักสูตรการฝึกอบรม การแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงโครงการ หรือหลักสูตรการฝึกอบรม การอนุมัติให้จัดการฝึกอบรม การจัดงาน และการอนุมัติให้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว การอนุมัติการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมการจัดงาน และการพิจารณาเทียบตำแหน่งเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงานและการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ทั้งนี้ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลชะอำ จึงขออนุมัติโครงการและ ขออนุมัติใช้เงินบำรุงของหน่วยบริการ ตามแบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เทศบาลเมืองชะอำ ปี 2563 ที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลเมืองชะอำ ซึ่งงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนได้รับโอนเข้าบัญชีหน่วยบริการเป็นเงินบำรุงของหน่วยบริการแล้ว ตามใบเสร็จเลขที่.....018..... เล่มที่.....18022

ลงชื่อ ..... ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
 (นางนิรดา กลิ่นสุคนธ์ชาติ)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ ..... ผู้เห็นชอบโครงการ  
 (นายประกาศิต ชมชื่น)  
 นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ

ลงชื่อ ..... ผู้อนุมัติโครงการ  
 (นายเพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์)  
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี  
 ๒๑ ม.ค. ๒๕๖๓