**โครงการ** **ตรวจคัดกรองและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่จำเป็น**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและหตุผล**

สุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย มีปัจจัยหรือภาวะทางสุขภาพที่บั่นทอนหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ การเจริญเติบโตและการเรียนรู้ของเด็ก เช่น โลหิตจาง สายตาสั้น หูหนวก/หูตึง ฟันผุ เป็นต้น หากสามารถตรวจกรองพบและจัดการได้แต่ระยะเริ่มแรก จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการเต็มศักยภาพได้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/กองการศึกษา.............(หรือหน่วยบริการ..........ร่วมกับ...........) จึงจัดทำโครงการ ตรวจคัดกรองและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่จำเป็นสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้น

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้เข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพที่จำเป็นและรับการแก้ไข

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

 เด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน.............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 สื่อสารพ่อแม่/ผู้ปกครองให้ทราบถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะจัดให้กับเด็กปฐมวัย และขอความยินยอมจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง หากไม่ยินยอม แนะนำให้พ่อแม่/ผู้ปกครองนำพาเด็กไปรับบริการที่หน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.) เอง

3.2 ประสานขอการสนับสนุนหน่วยบริการมาจัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพและแก้ไขสำหรับเด็กปฐมวัยที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือนำพาเด็กไปรับบริการที่หน่วยบริการตามที่ตกลง แล้วแต่กรณี

3.3 การตรวจคัดกรองสุขภาพ และแก้ไข มีดังนี้

3.3.1 ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง (เจาะครั้งเดียวในช่วงอายุ 3-5 ปี) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจาะเลือดเด็กที่ปลายนิ้วเพื่อตรวจวัดความเข้มข้นของเลือด (Hct) 1 ครั้ง ถ้ามีภาวะโลหิตจางให้ได้รับการดูแลรักษา

3.3.2 ป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (สำหรับเด็ก 2-5 ปีทุกคน) โดยจัดหายาน้ำ/ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เพื่อสนับสนุนพ่อแม่/ผู้ปกครองจัดให้เด็กกินที่บ้านสัปดาห์ละครั้ง (25 มิลลิกรัม/สัปดาห์)

3.3.3 ตรวจคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติ (ตรวจกรองเด็กอายุ 3-5 ปี ปีละ 1 ครั้ง) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจคัดกรองภาวะสายตา *(หรือครูผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการอบรมตรวจคัดกรองสายตา ทำการตรวจคัดกรองสายตาเด็กเบื้องต้นเอง)* หากผลการตรวจกรองเบื้องต้นผิดปกติ ได้รับส่งต่อเพื่อตรวจคัดกรองซ้ำและตรวจวินิจฉัยยืนยัน ถ้ามีภาวะสายตาผิดปกติจำเป็นต้องใช้แว่นสายตา ให้จัดหาแว่นสายตาแก่เด็ก

3.3.4 การป้องกันและแก้ไขสุขภาพช่องปาก ทันตบุคลากรมาให้บริการตรวจช่องปาก/ตรวจฟันผุ/ทาฟลูออไรด์วานิชทุก 6 เดือน

3.3.5 การตรวจคัดกรองการได้ยิน สำหรับเด็กอายุ 3 ปี 1 ครั้ง (การคัดกรองนี้ ควรปรึกษาหน่วยบริการสามารถจัดให้ได้หรือไม่)

3.4 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงาน (ภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกัน

สุขภาพ..................................

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น.......................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้ ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

- ค่าบริการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง รายละ.......บาท/คน จำนวน........คน รวมจำนวน .........บาท

- ค่ายาเสริมธาตุเหล็ก สำหรับเด็ก ราคาเม็ดหรือขวดละ.......บาท จำนวน ....เม็ดหรือขวด/คน จำนวน..........คน รวมจำนวน..........บาท

- ค่าบริการตรวจคัดกรองสายตาผิดปกติรวมการตรวจวินิจฉัยยืนยัน รายละ..........บาท/คน จำนวน........คน รวมจำนวน .........บาท

- ค่าแว่นสายตา (จ่ายตามจำนวนแว่นสายตาที่เรียกเก็บ) อันละ......บาท จำนวนประมาณ.........อัน รวม........บาท

- ค่าบริการทันตบุคลากร ตรวจช่องปากและทาฟลูออไรด์วานิช .......บาท/ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง จำนวนเด็ก.........คน รวมจำนวน.............บาท

- ค่าบริการตรวจคัดกรองการได้ยิน รายละ.........บาท จำนวน........คน รวม........บาท

- ค่าพาหนะรับส่งเด็กและผู้ปกครองไปรับบริการ.................

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือกองการศึกษา ตามข้อ 10(3)

 หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อปท. ตามข้อ 10(1)

***(หมายเหตุ*** *กิจกรรมการตรวจคัดกรองแก้ไข สามารถปรับลดได้ตามทรัพยากรและความสามารถในการให้บริการของหน่วยบริการ กรณีที่หน่วยบริการ เป็นผู้เสนอโครงการเอง ควรปรับการเขียนโครงการให้เป็นบทบาทของหน่วยบริการ)*

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และฟันผุลดลง

**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/กลุ่ม*ประชาชน)*.........................................................................................**

 🖵 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 หรือหน่วยงาน
 สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของ
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [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 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/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
ในการทำงาน

 🖵 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 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) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานการ เข้าถึงบริการ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ/สกุล (เด็ก) | ที่อยู่ | อายุ(เดือน) | คัดกรองโลหิตจาง | คัดกรองสายตา | ตรวจฟัน | คัดกรองการได้ยิน | รับยาธาตุเหล็ก | ทาฟลูออไรด์ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| รวม |  |  |  |  |  |  |

แบบสรุปผลการคัดกรองและแก้ไข

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กิจกรรม | รวม (คน) | ปกติ/ไม่ผุ (คน) | ผิดปกติ/ผุ (คน) | ส่งต่อ (คน) | รักษา/ได้แว่น (คน) | หมายเหตุ |
| คัดกรองโลหิตจาง |  |  |  |  |  |  |
| คัดกรองสายตา |  |  |  |  |  |  |
| ตรวจฟัน |  |  |  |  |  |  |
| คัดกรองการได้ยิน |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอ/โครงการ/กิจกรรม

 ( )

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

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

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................................
ครั้งที่ / 25 เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵 **งบประมาณที่เสนอ** จำนวน บาท

🖵 **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน บาท

 เพราะ .............................................................................................................................................

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

 🖵 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ ............................................................................................................................................

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

 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ........................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................

 🖵 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

ลงชื่อ ....................................................................

 ( )

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

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

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ...................................................................................................

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

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

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มีปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

  ( )

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

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