**โครงการ การส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต**

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

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

**หลักการเหตุผล**

เด็กเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อครอบครัวและประเทศชาติ สิ่งสำคัญในการเสริมสร้างให้เด็กมีคุณภาพ คือ การเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาในด้านต่าง ๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสมองอย่างเหมาะสม การดูแลจัดการ อาหารและโภชนาการในช่วงวัยทารกและเด็กเล็ก รวมถึงภาวะการเจริญเติบโต เป็นพื้นฐานสำคัญของการมีสุขภาพและสติปัญญาที่ดีในระยะยาว และยังมีความสำคัญมากต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน ผอม/เตี้ย เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนจึงมีความจำเป็นมากในปัจจุบัน เพื่อเป็นการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.........  **จึงได้จัดทำโครงการ**ส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต **โดยมีแนวคิดให้เด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้รับการดูแลด้านโภชนาการและการเจริญเติบโตอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพดีและมีคุณภาพในการดำรงชีวิต**ประจำวัน

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้เด็กปฐมวัยเติบโตเต็มวัย ลดภาวะทุพโภชนาการ (ผอม/เตี้ย)

**2.** **กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

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

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

* 1. การเฝ้าระวังติดตามการเจริญเติบโต โดยครูผู้ดูแล
		1. จัดทำทะเบียน/บัญชีเด็กปฐมวัยที่อยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
		2. จัดหาเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง ที่มีมาตรฐานหากจำเป็นเนื่องจากชำรุดหรือเสื่อม
		3. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็กทุก 3 เดือน คือ ตุลาคม มกราคม เมษายน และกรกฎาคม พร้อมกับประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก
		4. นำข้อมูลบันทึกลงในโปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กแรกเกิด – 18 ปี และหรือสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก (สมุดสีชมพู)
		5. นำข้อมูลจากโปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโต แจ้งผลประเมินภาวะการเจริญเติบโตและแนวโน้มการเพิ่มน้ำหนักส่วนสูง และให้คำแนะนำแก่พ่อแม่/ผู้ปกครองในการดูแลด้านโภชนาการและการเล่น
	2. การสนับสนุนกิจกรรมแก้ไขเด็กที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน และเด็กที่มีน้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม
		1. จัดทำทะเบียนเด็กที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน และเด็กที่มีน้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม และประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไข
		2. กรณีเด็กน้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม สนับสนุนไข่หรือนมให้เป็นเวลา 180 วัน หรือจนกว่าเด็กกลับมาอยู่ในระดับค่อนข้างเตี้ย ค่อนข้างผอม ส่วนเด็กที่ค่อนข้างเตี้ย ค่อนข้างผอม สนับสนุนไข่หรือนมให้เป็นเวลา 60 วัน หรือจนกว่าเด็กอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์และสมส่วน หรือเพิ่มอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์หรือปลากระป๋องให้กับเด็กที่เตี้ย ผอม น้ำหนักน้อย ยังคงให้เด็กได้เล่นออกกำลังตามปกติอย่างน้อยวันละ 60 นาที (ตามที่กรมอนามัยแนะนำ) และอาจจำเป็นต้องสนับสนุนไข่หรือนมหรือปลากระป๋องเพิ่มเติม ให้เด็กที่ครอบครัวฐานะยากจน
		3. กรณีเด็กน้ำหนักเกินหรืออ้วน กระตุ้นให้เด็กอ้วนลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และออกไปเล่นในสนามอย่างน้อยให้ได้วันละ 60 นาทีหรือมากกว่า กระตุ้นให้เด็กกินผักผลไม้มากขึ้น (ตามที่กรมอนามัยแนะนำ)
		4. สร้างพฤติกรรมการกินที่ถูกต้องของเด็กผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยการเล่น การวาดภาพระบายสี การร้องเพลง การเล่านิทาน เป็นต้น
	3. การจัดอาหาร (อาหารกลางวันและอาหารว่าง) ปรับปรุง จัดเตรียมและจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ตามข้อแนะนำชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการในศูนย์เด็กเล็ก
	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

- ค่าเครื่องชั่งน้ำหนัก จำนวน ... เครื่อง เป็นเงิน .......... บาท

- ค่าที่วัดส่วนสูง จำนวน ... เครื่อง เป็นเงิน .......... บาท

- ค่าอาหารเสริมเพื่อแก้ไข

- นมกล่อง จำนวน ..... กล่อง ๆ ละ ... บาท เป็นเงิน .......... บาท

- ไข่ จำนวน ..... ฟอง ๆ ละ ... บาท เป็นเงิน .......... บาท

- ปลากระป๋อง จำนวน ......กระป๋อง ๆ ละ .... บาท

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

**6.** **ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือกองการศึกษา ตามข้อ 10(3)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

- เด็กปฐมวัยในศูนย์ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงทุก 3 เดือน

- เด็กน้ำหนักเกิน/อ้วน หรือเด็กน้ำหนักน้อย เตี้ย ผอม ค่อนข้างเตี้ย ค่อนข้างผอมได้รับการดูแล

**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**

แบบรายงานสรุปการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| เวลา | จำนวนเด็ก | จำนวนที่ชั่ง | สูงดีสมส่วน | เตี้ย | ผอม | อ้วน | น้ำหนักน้อย |
| ตุลาคม |  |  |  |  |  |  |  |
| มกราคม |  |  |  |  |  |  |  |
| เมษายน |  |  |  |  |  |  |  |
| กรกฎาคม |  |  |  |  |  |  |  |

แบบรายงานการดูแลเด็กที่อ้วนหรือผอม

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ/สกุล (เด็ก) | อายุ(เดือน) | ชื่อผู้ปกครอง | ที่อยู่ | โทรศัพท์ | น้ำหนัก(อ้วน/ผอม) | ผลลัพธ์ (ปกติ/ดีขึ้น/เหมือนเดิม/แย่ลง) | ครอบครัวยากจนได้รับ |
|  | นม | ไข่ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ/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. ....................................................