

รายงานผลการดำเนินโครงการชุมชนปลอดภัยใส่ใจสุขภาพต้นแอโรบิค ลดโรคต้อกระจก
สนับสนุนงบประมาณโดยองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน ตามโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข

วันที่ 11 กันยายน 2566

ที่งานโครงการ หมู่ 4 ต.โคกจาน
องค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน
เลขที่รับ 1579
วันที่ 22 ก.ย. 2566

เรื่อง ส่งรายงานโครงการชุมชนปลอดภัยใส่ใจสุขภาพต้นแอโรบิคลดโรคต้อกระจก

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานโครงการชุมชนปลอดภัยใส่ใจสุขภาพต้นแอโรบิคลดโรคต้อกระจก

ตามที่ได้ขอ: งบประมาณหมู่บ้านไร่แดง หมู่ 4 ต.โคกจาน ได้ขอสมัคร
สมัครสมัครงบประมาณจากกองทุนสุขภาพต้นแอโรบิคสุขภาพตำบลโคกจาน
ปีงบประมาณ 2566 โดยโครงการชุมชนปลอดภัยใส่ใจสุขภาพต้นแอโรบิค
ลดโรคต้อกระจก งบประมาณ 2566 นั้น

ในกรณีนี้ขอ: งบประมาณหมู่บ้านไร่แดง ต.โคกจาน ได้จัดเริ่มโครงการ
เริ่มพร้อมแล้ว จึงขอส่งโครงการตามรายละเอียดตามสิ่งที่แนบ
มาพร้อมนี้

เรียน นายก อบ. โคกจาน

นางสาวอรุณ รามะเกตุ
นางสาวอรุณ รามะเกตุ
ผ.เจ้าพนักงานธุรการ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุวิภา บุณยะพล)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน
(นางสุมาลี ไตรมณี)

นายปัญญากร สามทอง
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน

นายรัชชัช ศิลาบุตร
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน



แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน รหัส กปท. L6639
อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

1.ชื่อ แผนงาน โครงการ กิจกรรม

2.ผลการดำเนินงาน
ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องอาหารปลอดภัย ได้พัฒนาผลิตภัณฑ์
ได้ขยายเครือข่าย สหกรณ์ เกษตรกร มีสุขภาพจิตดี ไม่เสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง
ได้ลดค่าส่งขาย ลดโรค ลดทั้ง มีสุขภาพแข็งแรง/สุขภาพดี มีผลิตภัณฑ์
จากสุขภาพจิตดี สุขภาพกายแข็งแรง

3.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์
 บรรลุตามวัตถุประสงค์
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

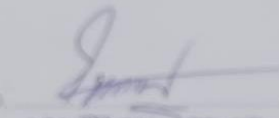
4.การเบิกจ่ายงบประมาณ
งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ 16300 บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง 16300 บาท คิดเป็นร้อยละ 100
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน - บาท คิดเป็นร้อยละ -

5.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน
 ไม่มี
 มี
ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)
แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ข.เอกสารประกอบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม

- สำเนาหลักฐานการดำเนินงาน (กรณีโครงการ/กิจกรรม) หรือ สำเนาเอกสารประกอบอื่นใด
- สำเนาบัญชีรายรับรายจ่ายโครงการ/กิจกรรม
- อื่นๆ

ข.บุคคลอ้างอิง/ผู้เกี่ยวข้อง/ผู้ประสานงานโครงการ/กิจกรรม (ถ้ามี) (ระบุชื่อ) :
1. น.ส. จุฬารัตน์ ใจสูงศักดิ์ หมายเลขโทรศัพท์ 041-7389007
2. น.ส. จุฬารัตน์ ใจสูงศักดิ์ หมายเลขโทรศัพท์ 041-7389007
3. น.ส. จุฬารัตน์ ใจสูงศักดิ์ หมายเลขโทรศัพท์ 041-7389007

ชื่อ 
ตำแหน่ง ประธาน
วันที่ ๒๐๒๒-๐๗-๒๕

