



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางไทร โทร.๐ ๗๖๔๖ ๑๐๗๙ ต่อ ๑๑๖

ที่ พง ๐๐๓๓.๙๐๓/๖๑

วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินงานตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์และเด็กปฐมวัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางไทร

ต้นเรื่อง

ตามบันทึกข้อตกลงการขอรับสนับสนุนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.บางไทร ข้อตกลงเลขที่ ๖/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖ ตกลงดำเนินงานตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์และเด็กปฐมวัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงมีครรภ์มีความรู้มีทักษะในการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกวิธี หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และเพื่อให้ผู้ปกครองเด็กอายุ ๒ เดือน มีความรู้และมีทักษะในการใช้ถุ์นี้วีเซ็ดทำความสะอาดช่องปากเด็ก ผู้ปกครองเด็กอายุ ๑๒ เดือน มีความรู้และมีทักษะในการแปรงฟันเด็กและใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกวิธี ผู้ปกครองเด็กอายุ ๒ ปีครึ่ง ได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะในการแปรงฟันเด็กและใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกวิธี และเด็กอายุ ๑-๓ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ โดยได้รับการสนับสนุนเงินจากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลองค์การบริหารส่วนตำบลบางไทร จำนวน ๓,๕๑๒ บาท (สามพันห้าร้อยสิบสองบาทถ้วน) ตามเอกสารแนบท้ายนี้

ข้อเท็จจริง

เพื่อให้การดำเนินงาน โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์และเด็กปฐมวัย เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ และการดำเนินงานในโครงการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอ

เห็นควรอนุมัติดำเนินงาน โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์และเด็กปฐมวัย ในคลินิกฝากครรภ์ ทุกวันพฤหัสบดี และ คลินิกสุขภาพเด็กดี ทุกวันพุธที่๒ของเดือน ตามรายละเอียดดังนี้

๑.ค่าอุปกรณ์สาริตและฝึกทักษะการแปรงฟันหญิงมีครรภ์ ประกอบด้วย แปรงสีฟัน,ยาสีฟัน,ไหมขัดฟัน จำนวน ๑๒ ชุด ชุดละ ๕๒ บาท รวมเป็นเงิน ๖๒๔ บาท

๒.ค่าถุ์นี้วีเซ็ดทำความสะอาดช่องปากเด็กอายุ ๒ เดือน จำนวน ๑ ชุด ชุดละ ๑๕ บาท รวมเป็นเงิน ๑๕๐ บาท

๓.ค่าอุปกรณ์สาริตและฝึกทักษะการแปรงฟันเด็กอายุ ๑๒ เดือน ประกอบด้วย แปรงสีฟัน,ยาสีฟัน,ไหมขัดฟัน จำนวน ๑๒ ชุด ชุดละ ๕๗ บาท รวมเป็นเงิน ๖๘๔ บาท

๔.ค่าอุปกรณ์สาริตและฝึกทักษะการแปรงฟันเด็กอายุ ๒ปีครึ่ง ประกอบด้วย แปรงสีฟัน,ยาสีฟัน,ไหมขัดฟัน จำนวน ๑๒ ชุด ชุดละ ๕๗ บาท รวมเป็นเงิน ๖๘๔ บาท

๕.ค่าฟลูออไรด์วานิช ๒ หลอด หลอดละ ๖๗๐ บาท เป็นเงิน ๑,๓๔๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๓,๕๑๒ บาท (สามพันห้าร้อยสิบสองบาทถ้วน) ถัวเฉลี่ยทุกรายการ

ข้อพิจารณา...

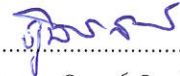
ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติการดำเนินงาน โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์และเด็กปฐมวัย จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลองค์การบริหารส่วนตำบลบางไทร จำนวน ๓,๕๑๒ บาท (สามพันห้าร้อยสิบสองบาทถ้วน)



.....
(นางชนนิทฎ์นุชญา สนธิ)

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน



.....
(นายภูมินทร์ ชินภักดี)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม

อนุมัติ



.....
(นางอุมาภรณ์ กำลั้งดี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางไทร



สำเนาถูกต้อง

Signature

(นางชนนิตภรณ์ ชวนิช)
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
ระดับชำนาญงาน

ฎีกาเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.บางไทร รหัส กปท. L3284

อำเภอ ตะกั่วป่า จังหวัด พังงา

เลขที่ DL32842566007

วันที่จัดทำ 27 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) โรงพยาบาลบางไทร จำนวนเงิน 3,512.00 บาท (สามพันห้าร้อยสิบสองบาทถ้วน) นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน 3,512.00 บาท (สามพันห้าร้อยสิบสองบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ.....นางอุมาภรณ์ กำลังดี) จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....*Signature*.....ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)
(นางอุมาภรณ์ กำลังดี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางไทร

<p>ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และ ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 202,455.04 บาท (สองแสนสองพันสี่ร้อยห้าสิบบาทสี่สตางค์)</p> <p>ลงชื่อ.....<i>Signature</i>.....ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย) (นายปฐมพงษ์ การขยัน) ตำแหน่ง จพง.ปง.จัดเก็บรายได้ รก.ผอ.กองคลัง วันที่.....</p>	<p>เรียน ปลัดองค์รปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>ลงชื่อ.....<i>Signature</i>..... (นายปฐมพงษ์ การขยัน) ตำแหน่ง จพง.ปง.จัดเก็บรายได้ รก.ผอ.กองคลัง วันที่.....</p>
<p>เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น</p> <p>ลงชื่อ.....<i>Signature</i>..... (นางอุทัยรัตน์ วงศ์พานิช) หัวหน้าสำนักปลัด รักษาราชการแทน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบางไทร</p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 3,512.00 บาท (สามพันห้าร้อยสิบสองบาทถ้วน)</p> <p>ลงชื่อ.....<i>Signature</i>..... (นายกฤตยา ผลิโกมล) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบางไทร</p>
<p>จ่ายเป็น Δ เชื้อซีดีพร้อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ ทางธนาคาร</p> <p>ธนาคาร บัญชีเลขที่</p> <p>เลขที่เช็ค ลงวันที่.....</p> <p>จำนวนเงิน บาท(.....)</p> <p>จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน).....</p>	<p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร</p> <p>ลงชื่อ<i>Signature</i>..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (นายกฤตยา ผลิโกมล)</p> <p>ลงชื่อ<i>Signature</i>..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (นางอุทัยรัตน์ วงศ์พานิช)</p>



"สุขภาพดีมีหลักประกัน ต้องกันสร้างสรรค์ กปท.สนับสนุน"

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 3,512.00 บาท (สามพันห้าร้อยสิบสองบาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้รับเงิน (1) (.....) ตำแหน่ง.....	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว 3,512.00 บาท (สามพันห้าร้อยสิบสองบาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน (.....) ตำแหน่ง.....
---	--

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

สำเนาถูกต้อง



(นางชนิษฐา ชนธิ)
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
ระดับชำนาญงาน



ข้อตกลง

การขอรับสนับสนุนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.บางไทร

ข้อตกลงเลขที่...6/2566...

ข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลบางไทร ตั้งอยู่เลขที่ ...-... ถนน...ตะกั่วป่า - กะปง... ตำบล/แขวง...บางไทร...อำเภอ/เขต...ตะกั่วป่า...จังหวัด...พังงา... เมื่อวันที่ 10 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 ระหว่าง อบต.บางไทร โดย นายกฤตยา ผลิโกมล ตำแหน่ง นายองค์การบริหารส่วนตำบลบางไทร ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามข้อ 6 ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ โรงพยาบาลบางไทร โดย นางอุมาภรณ์ กำลังดี ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข/หน่วยงานอื่น/องค์กร/กลุ่มประชาชน ในฐานะเป็นผู้ดำเนินงานตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนฯ ตามข้อ 10 ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยขอรับสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.บางไทร ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “ผู้ดำเนินงาน” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย จึงได้ตกลงกันได้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้ดำเนินงาน ตกลงจะดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/แผนการดำเนินงาน ของโครงการหรือกิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเป็นไปตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการสนับสนุนเงิน จำนวน 3,512.00 บาท (สามพันห้าร้อยสิบสองบาทถ้วน) ทั้งนี้ ผู้ดำเนินงานจะต้องเป็นผู้จัดเก็บเอกสารและหลักฐานค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อรองรับการตรวจสอบได้ ดังนี้

- 1) ข้อตกลง ที่ได้ระบุรายละเอียดสาระสำคัญไว้ในข้อตกลงครบถ้วนแล้ว
- 2) โครงการหรือกิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- 3) หลักฐานการรับเงินของผู้ดำเนินงาน
- 4) หลักฐานการจ่ายเงินตามโครงการหรือกิจกรรม
- 5) รายงานผลการดำเนินงาน

สำเนาถูกต้อง



(นางชนนิตภรณ์ นุชญา สนธิ)
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
ระดับชำนาญงาน




ข้อ 2 หากผู้ดำเนินงาน ไม่ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ หรือกิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้ดำเนินงาน ผู้ดำเนินงานยินยอม รับผิดชอบชำระหนี้ที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างไร

หากผู้ดำเนินงาน ไม่ชำระหนี้ที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดำเนินงานยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด นับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

- 1) การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
- 2) การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
- 3) ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ ของทาง ราชการโดยอนุโลม
- 4) หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ
- 5) ให้รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการหรือกิจกรรมต่อกองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุน กำหนด
- 6) งบประมาณที่สนับสนุนตามโครงการหรือกิจกรรม เป็นงบประมาณของกองทุนฯ

กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้ได้รับเงินอุดหนุน ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในข้อตกลงนี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยานและต่างเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ)..........องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(นายกตฤตยา ฝลิโกลมล)

(ลงชื่อ)..........ผู้ดำเนินงาน
(นางอุมาภรณ์ กำลิ่งดี)

(ลงชื่อ)..........พยาน
(นางอุทัยรัตน์ วงศ์พานิช)

(ลงชื่อ)..........พยาน
(นายปฐมพงษ์ การขยัน)

สำเนาถูกต้อง


(นางชนนิตฐ์นุชฎา สอน)
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
ระดับชำนาญงาน





แบบอนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
 กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.บางไทร รหัส กปท. L3284
 อำเภอ ตะกั่วป่า จังหวัด พังงา

ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ 3/ 2566 เมื่อวันที่ 08 เดือน
 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 สรุปผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

1.ความสอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน

- สอดคล้อง ไม่สอดคล้อง
 ความเห็นเพิ่มเติม

2.ความซ้ำซ้อนของงบประมาณกองทุน ฯ กับงบประมาณจากแหล่งอื่น

- ซ้ำซ้อน ไม่ซ้ำซ้อน
 ความเห็นเพิ่มเติม

3.ความเสี่ยงจากผลประโยชน์ทับซ้อน จากการอนุมัติของคณะกรรมการฯ

- เสี่ยง ไม่เสี่ยง
 ความเห็นเพิ่มเติม

4.เป็นหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่มีสิทธิขอรับงบประมาณ (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

5.ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

1. สนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข

6.งบประมาณที่เสนอ จำนวน 3,512.00 บาท

- อนุมัติงบประมาณ เนื่องจากแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- ประชาชนได้รับผลประโยชน์ ตรงตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ฯ

สำเนาถูกต้อง

(นางชนนิษฐา ชวนิช)
 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
 ระดับชำนาญงาน



✓ ผู้รับผิดชอบงานมีศักยภาพ ✓ ค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสมกับวิธีดำเนินการ

จึงเห็นควรสนับสนุน เป็นเงิน จำนวน 3,512.00 บาท

ความเห็นเพิ่มเติม

ไม่อนุมัติงบประมาณ

เพราะ.....

✓ ให้รายงานผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ภายในวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 (ตามแบบฟอร์ม ฯ กปท.10)

✓ ให้ อปท. แจ้งผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ทราบผล เพื่อดำเนินการ ต่อไป

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการประชุม

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

วันที่-เดือน-พ.ศ.

สำเนาถูกต้อง



(นางชนนิตัญชฎา สนธิ)

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

ระดับชำนาญงาน



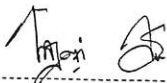
4. ผู้ปกครองเด็กอายุ 2 ปีครึ่ง มีความรู้และมีทักษะสามารถแปรงฟันเด็กและใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกวิธี
 5. เด็กอายุ 1-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ

11. คำรับรองความซ้ำซ้อนของงบประมาณ

ข้าพเจ้า.....นางชนนิตกัญญา สนธิ.....ตำแหน่ง.....เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน
 หน่วยงาน.....กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางไทร.....หมายเลขโทรศัพท์.....08.8799.4290.....ในฐานะของผู้เสนอ
 แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ขอรับรองว่า แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน
 หลักประกันสุขภาพ ในครั้งนี้

- ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น
 สอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน ของ กปท.
 รับผิดชอบต่อกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
 สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน
 หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม แล้ว

ลงชื่อ..........ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
 (นางชนนิตกัญญา สนธิ)

ตำแหน่ง.....เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน.....


วันที่.....30.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2566.....

สำเนาถูกต้อง



(นางชนนิตกัญญา สนธิ)
 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
 ระดับชำนาญงาน

- เห็นชอบ/อนุมัติ
- ให้เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ลงชื่อ..........หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน
 (นางอุมารณ์ กำลังดี.)

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ.....

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางไทร

วันที่.....30.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2566.....



แบบจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลบางไทร รหัส กปท.

อำเภอ ตะกั่วป่า จังหวัด พังงา

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ 16 (2) “ให้พิจารณาอนุมัติโครงการ หรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนตามข้อ 10”

อาศัยอำนาจของประกาศ ฯ ข้อ 10 “เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 7 วรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ” จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ 2566 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.ชื่อ แผนงาน โครงการ กิจกรรม

ส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์และเด็กปฐมวัย

2.ชื่อ หน่วยงาน องค์กร กลุ่มประชาชน

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางไทร

3.หลักการเหตุผล

ในช่วงตั้งครรภ์ หญิงมีครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย และมีพฤติกรรมการกินอาหารระหว่างมีครรภ์มากกว่าปกติ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบและฟันผุได้ง่าย ภาวะการเป็นโรคปริทันต์หรือเหงือกอักเสบ อาจส่งผลต่อคุณภาพของการตั้งครรภ์และการคลอด มีการศึกษาที่ยืนยันถึงความสัมพันธ์ของโรคปริทันต์กับการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดและเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และโรคฟันผุเป็นโรคติดเชื้อที่สามารถถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้โดยผ่านทางน้ำลาย และถือว่าแม่เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญมาสู่ลูก โดยเด็กที่ได้รับเชื้อทำให้เกิดโรคฟันผุตั้งแต่อายุน้อยร่วมกับการกินอาหารที่มีน้ำตาลสูงจะเกิดฟันผุอย่างรวดเร็วและรุนแรง ดังนั้น การลดปริมาณเชื้อโรคในน้ำลายของแม่โดยการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ด้วยการขูดหินน้ำลาย เพื่อลดการส่งผ่านเชื้อจากแม่สู่ลูกจึงเป็นวิธีการป้องกันโรคในช่องปากที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง การดูแลสุขภาพช่องปากให้กับหญิงมีครรภ์ด้วยการสร้างความตระหนักและให้ความรู้เรื่องทันตสุขภาพแก่แม่ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ รวมทั้งการปรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองของแม่ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ควรบูรณาการไปพร้อมกับการให้บริการทันตกรรมในหญิงมีครรภ์ หากหญิงมีครรภ์ที่สามารถดูแลสุขภาพสะอาดช่องปากของตนเองได้ดี จะแสดงให้เห็นถึงการมีทักษะ มีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองและจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของลูกต่อไปในอนาคตด้วย

สำเนาถูกต้อง



(นางชนิษฐ์นุชญา สอน)
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
ระดับชำนาญงาน



ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย จากข้อมูลตามระบบเฝ้าระวัง ของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางไทร ปีงบประมาณ2565 พบว่าในเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 55 ซึ่งปัญหาด้านเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อสภาวะโรคฟันผุในเด็กเล็ก เนื่องจากปัจจุบันพ่อแม่ ผู้ปกครอง ต้องทำงานนอกบ้าน ไม่ค่อยมีเวลาดูแลอยู่กับลูก ประกอบกับขาดความรู้ และไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพฟันของลูกทำให้เด็กมีฟันผุมากขึ้น ปัญหาสิ่งแวดล้อมการโฆษณาชวนหวานผ่านสื่อต่างๆและการหาซื้อได้ง่ายในชีวิตประจำวัน ส่งเสริมให้เด็กเล็กมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคฟันผุมากขึ้น และการรักษาฟันผุในเด็กเล็กทำได้ยากเนื่องจากเด็กมักไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นการป้องกันฟันผุของเด็กปฐมวัยจึงต้องดำเนินการในช่วงเด็กอายุ0-3ปี เพื่อเป็นการป้องกันก่อนเกิดโรค และส่งผลให้เกิดฟันผุในฟันแท้ต่อไป โดยการสร้างจิตสำนึกที่บ้านซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการปูพื้นฐานการดูแลสุขภาพที่ดี โดยพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและมีความสำคัญในการปลูกฝังและเตรียมความพร้อมให้เด็กทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และสติปัญญา ซึ่งจะส่งผลให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี การส่งเสริมให้ ผู้ปกครองมีความรู้และได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างมาก

การเฝ้าระวังโดยการดูแลเด็กเป็นระยะอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้พบปัญหาเริ่มแรก และสามารถให้การป้องกันก่อนที่จะเกิดโรคฟันผุได้ มาตรการทางวิชาการที่จะช่วยป้องกันการก่อตัวของเชื้อโรค และยังอาจหยุดหรือชะลอการเกิดโรคฟันผุในระยะเริ่มแรก ได้แก่ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การทาฟลูออไรด์วานิช ลดการบริโภคน้ำตาล และสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้กับผู้ปกครองจะช่วยลดอัตราการเกิดฟันผุเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางไทร จึงได้จัดทำโครงการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์และเด็กปฐมวัยขึ้น เพื่อส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์มีความรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง เพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการสร้างพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีตั้งแต่ตั้งครรภ์ และนำความรู้ที่ได้ไปดูแลสุขภาพช่องปากของลูกต่อไป และสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้กับพ่อแม่ผู้ปกครอง ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดฟันผุในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

4.วัตถุประสงค์ (เพื่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟันผุสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค)

- 1.เพื่อให้หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก มีความรู้และทักษะในการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกวิธี
- 2.เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กอายุ 2 เดือน มีความรู้และมีทักษะในการใช้ถุงนิ้วเช็ดทำความสะอาดช่องปากเด็ก
- 3.เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กอายุ 12 เดือน มีความรู้และมีทักษะในการแปรงฟันเด็กและใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกวิธี
- 4.เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กอายุ 2 ปีครึ่ง ได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะในการแปรงฟันเด็ก และใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกวิธี
- 5.เพื่อให้เด็กอายุ 1-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ

สำเนาถูกต้อง



(นางชนนิกัญญา สนธิ)
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข



5. วิธีดำเนินการ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 4)

1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากหญิงมีครรภ์ ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก สาธิตการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน ฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก โดยการแปรงฟันถูวิธีและการใช้ไหมขัดฟัน ในหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์

2. ให้ความรู้ผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก สาธิตการใช้ถุงนิ้วและฝึกทักษะผู้ปกครองเช็ดทำความสะอาดช่องปากเด็กอายุ 2 เดือน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี

3. ให้ความรู้ผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก สาธิตการแปรงฟันที่ถูวิธี การใช้ไหมขัดฟัน ฝึกทักษะผู้ปกครองแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันเด็กอายุ 12 เดือน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี

4. ฟื้นฟูให้ความรู้ผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก สาธิตการแปรงฟันที่ถูวิธี การใช้ไหมขัดฟัน ฝึกทักษะผู้ปกครองแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันเด็กอายุ 2 ปีครึ่ง ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบางไทร

5. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 1-3 ปี และให้บริการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ ปีละ 2 ครั้ง ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบางไทร การทาฟลูออไรด์วานิชในแต่ละครั้งใช้ปริมาณ 0.3-0.5 มิลลิลิตร ฟลูออไรด์วานิช 1 หลอด มีปริมาตร 12 มิลลิลิตร เฉลี่ย 1 หลอด ใช้ได้ประมาณ 40 ครั้ง

6. กลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรม

(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

 6.1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน 12 คน

- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
- 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 6. การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
- 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- 8. อื่น ๆ (ระบุ)

สำเนาถูกต้อง



(นางชนนิษฐ์นุชญา สอนธิ)
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
ระดับชำนาญงาน

 6.2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 57 คน

- 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)



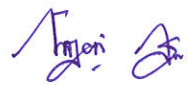
- 6.3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 - 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - 9. อื่น ๆ (ระบุ)

- 6.4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
 - 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
 - 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 - 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - 9. อื่น ๆ (ระบุ)

- 6.5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
 - 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
 - 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
 - 8. อื่น ๆ (ระบุ)

- 6.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

สำเนาถูกต้อง



(นางชนนิตภรณ์ นุชญา สนธิ)
 เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข
 ระดับชำนาญงาน



- 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 6. อื่น ๆ (ระบุ)

6.11. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

- 1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม
- 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- 3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ
- 4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์
- 5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ)

6.12. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).....จำนวน.....คน

- 1. อื่น ๆ (ระบุ)

7.ระยะเวลาดำเนินการ (ควรระบุตามการดำเนินงานจริง)

มีนาคม 2566 – กันยายน 2566

สำเนาถูกต้อง



(นางชนนิกฤษ์นุชญา สอนธิ)
 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
 ระดับชำนาญงาน

8.สถานที่ดำเนินการ

- 1.คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบางไทร
- 2.คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบางไทร

9.งบประมาณ (ให้สอดคล้องกับวิธีดำเนินการ ที่ตั้งไว้ตามข้อ 5)

จำนวน.....3,512.....บาท รายละเอียด ดังนี้

- ค่าอุปกรณ์สาริตและฝึกทักษะการแปรงฟันหญิงมีครรภ์ ประกอบด้วย
 แปรงสีฟัน,ยาสีฟัน,ไหมขัดฟัน จำนวน 12 ชุด ชุดละ 52 บาท เป็นเงิน.....624...บาท
- ค่าถุงนิ้วสาริตและฝึกทักษะการเช็ดทำความสะอาดช่องปากเด็กอายุ 2 เดือน
 จำนวน 12 ชุด ชุดละ 15 บาท เป็นเงิน.....180...บาท
- ค่าอุปกรณ์สาริตและฝึกทักษะการแปรงฟันเด็กอายุ 12 เดือน ประกอบด้วย
 แปรงสีฟัน,ยาสีฟัน,ไหมขัดฟัน จำนวน 12 ชุด ชุดละ 57 บาท เป็นเงิน.....684...บาท
- ค่าอุปกรณ์สาริตและฝึกทักษะการแปรงฟันเด็กอายุ 2 ปีครึ่ง ประกอบด้วย
 แปรงสีฟัน,ยาสีฟัน,ไหมขัดฟัน จำนวน 12 ชุด ชุดละ 57 บาท เป็นเงิน.....684...บาท
- ค่าฟลูออไรด์วานิช 2 หลอด หลอดละ 670 บาท เป็นเงิน...1,340...บาท

10.ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 4)

- 1.หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก มีความรู้และมีทักษะสามารถแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกวิธี
- 2.ผู้ปกครองเด็กอายุ 2 เดือน มีความรู้และมีทักษะสามารถใช้ถุงนิ้วเช็ดทำความสะอาดช่องปากเด็กได้
- 3.ผู้ปกครองเด็กอายุ 12 เดือน มีความรู้และมีทักษะสามารถแปรงฟันเด็กและใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกวิธี



4. ผู้ปกครองเด็กอายุ 2 ปีครึ่ง มีความรู้และมีทักษะสามารถแปรงฟันเด็กและใช้ไหมขัดฟันได้อย่างถูกวิธี
 5. เด็กอายุ 1-3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ

11. คำรับรองความซ้ำซ้อนของงบประมาณ

ข้าพเจ้า.....นางชนนิทัญญา สนธิ..... ตำแหน่ง.....เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน
 หน่วยงาน.....กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางไทร..... หมายเลขโทรศัพท์..... 08 8799 4290..... ในฐานะของผู้เสนอ
 แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ขอรับรองว่า แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน
 หลักประกันสุขภาพ ในครั้งนี้

- ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น
- สอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน ของ กปท.
- รับผิดชอบต่อกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
 สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน
 หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม แล้ว

ลงชื่อ.......... ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นางชนนิทัญญา สนธิ.)

ตำแหน่ง.....เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน.....


วันที่.....30.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2566.....

สำเนาถูกต้อง



(นางชนนิทัญญา สนธิ)
 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
 ระดับชำนาญงาน

- เห็นชอบ/อนุมัติ
- ให้เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ลงชื่อ.......... หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน
 (นางอุมารณ์ กาลังดี.)

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ.....

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางไทร

วันที่.....30.....เดือน.....มกราคม.....พ.ศ.....2566.....

