

-แบบฟอร์มการเขียนโครงการ-

โครงการ.....

๑. หลักการและเหตุผล

- หลักการ/ข้อมูลสถานการณ์/เหตุผลความจำเป็น กับปัญหา
- สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงบประมาณที่ใช้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒. วัตถุประสงค์

- ๒.๑ เพื่อ.....
- ๒.๒ เพื่อ.....
- ๒.๓ เพื่อ.....

๓. เป้าหมาย

- ๓.๑ ร้อยละ.....ของ.....
- ๓.๒ ร้อยละ.....ของ.....
- ๓.๓ ร้อยละ.....ของ.....

๔. กลุ่มเป้าหมาย

- ๔.๑ กิจกรรมที่ ๑ กิจกรรม..... กลุ่มเป้าหมายจำนวน
.....คน ประกอบด้วย
- สาธารณสุขอำเภอ จำนวนคน
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวนคน
 - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวนคน
 - ผู้อำนวยการโรงเรียน / ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนคน
- ๔.๒ กิจกรรมที่ ๒ กิจกรรม..... กลุ่มเป้าหมาย
จำนวน.....คน ประกอบด้วย
- สาธารณสุขอำเภอ จำนวนคน
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวนคน
 - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวนคน
 - ผู้อำนวยการโรงเรียน / ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนคน

๕. วิธีดำเนินงาน

- ๕.๑ กิจกรรมที่ ๑
- ๕.๒ กิจกรรมที่ ๒
- ๕.๓ กิจกรรมที่ ๓

๖. สถานที่ดำเนินการ

- ๖.๑ กิจกรรมที่ ๑ ณ ห้องประชุมสถานที่ของรัฐ /เอกชน หรือ ระบุพื้นที่ที่
ลงดำเนินการ เช่น พื้นที่อำเภอ.....จังหวัด..... เป็นต้น
- ๖.๒ กิจกรรมที่ ๒
- ๖.๓ กิจกรรมที่ ๓

๗. ระยะเวลาดำเนินการ

..... - สิงหาคม ๒๕๖๑ หรือหากระบุวันที่ได้ให้ระบุวัน เดือน ปี ที่ดำเนินการ

๘. งบประมาณ

งบประมาณ.....ปีงบประมาณ(ยกตัวอย่างเช่น
งบประมาณรายจ่ายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ แผนงานบูรณาการขับเคลื่อนการ
แก้ไขปัญหาดังกล่าวจังหวัดชายแดนภาคใต้ กิจกรรมพัฒนาตามศักยภาพของพื้นที่และคุณภาพชีวิตประชาชนใน
จังหวัดชายแดนใต้แบบบูรณาการ (M๔๙๓๓๗) งบดำเนินงาน เป็นเงินบาท
(.....บาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามกิจกรรม ดังนี้

๘.๑ กิจกรรมที่ ๑ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ซึ่งส่วน
ราชการที่จัดการฝึกอบรมเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ดังต่อไปนี้)

- (๑) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการใช้และการตกแต่งสถานที่ฝึกอบรม เป็นเงิน..... บาท
 - (๒) ค่าใช้จ่ายในพิธีเปิด - ปิด การฝึกอบรม เป็นเงินบาท
 - (๓) ค่าวัสดุในการฝึกอบรม(ระบุ)..... เป็นเงินบาท
 - (๔) ค่าประกาศนียบัตร จำนวน.....:๑ ละ.....บาท เป็นเงินบาท
 - (๕) ค่าถ่ายเอกสาร เป็นเงินบาท
 - (๖) ค่าหนังสือ / คู่มือสำหรับผู้เข้ารับการฝึกอบรม เป็นเงินบาท
 - (๗) ค่าใช้จ่ายในการติดต่อสื่อสาร เป็นเงินบาท
 - (๘) ค่าเช่าอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการฝึกอบรม เป็นเงินบาท
 - (๙) ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน.....คน ๆ ละ.....มื้อ ๆ ละบาท
- เป็นเงินบาท

- (๑๐) ค่าอาหารกลางวัน จำนวน.....คน ๆ ละมื้อ ๆ ละบาท เป็นเงิน
..... บาท
- (๑๑) ค่ากระเป๋หรือสิ่งที่ใช้บรรจุเอกสารสำหรับผู้เข้ารับการอบรม
- (๑๒) ค่าของสมนาคุณวิทยากรในการดูงาน จำนวน.....คน ๆ ละ.....ชั่วโมง ๆ ละ
..... บาท เป็นเงินบาท

- (๑๓) ค่าสมนาคุณวิทยากร บรรยาย/ฝึกปฏิบัติ/เสวนา/อภิปราย ,บุคคลรัฐ/ภาคเอกชน
๑๓.๑ วิทยากรบุคคลภาครัฐ / เอกชน จำนวนคน ๆ ละชั่วโมง ๆ ละ
.....บาท เป็นเงิน.....บาท
- ๑๓.๒ ค่าเดินทางวิทยากร จากจังหวัด..... ถึงจังหวัด..... ไป-กลับ จำนวน
๒ เที่ยว ๆ ละ.....บาท เป็นเงิน
- ๑๓.๓ ค่าที่พักวิทยากร
- ห้องพักเดี่ยวจำนวนห้อง ๆ ละ..... บาท เป็นเงินบาท

- (๑๔) ค่าเช่าที่พัก
๑๔.๑ ห้องพักเดี่ยวจำนวนห้อง ๆ ละ..... บาท เป็นเงินบาท
- ๑๔.๒ ห้องพักร่วม จำนวน.....ห้อง ๆ ละ.....บาท เป็นเงิน..... บาท
- (๑๕) ค่ายานพาหนะ เป็นเงินบาท

รวมกิจกรรมที่ ๑ เป็นเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน)

๘.๒ กิจกรรมที่ ๒กลุ่มเป้าหมายคือ
..... จำนวนคน โดยมีรายละเอียดดังนี้

.....
.....
รวมกิจกรรมที่ ๒ เป็นเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน)

รวมทั้งสิ้น เป็นเงิน.....บาท (.....บาทถ้วน)

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายทุกรายการถ้วนเฉลี่ยจ่ายกันได้ (ถ้าต้องการถ้วนเฉลี่ยให้ระบุ)

*****ส่วนนี้ให้งานการเงิน และ งานแผนงานของหน่วยงานย่อย ลงชื่อรับรองว่าผ่านการตรวจสอบแล้ว และ
ให้แนบแผนงาน / แผนเงินบำรุง ๆ ที่มีชื่อโครงการนี้มาด้วย*****

๙. การประเมินผล/ตัวชี้วัด (ถ้ามี)

วัตถุประสงค์	ตัวบ่งชี้	เครื่องมือ / วิธีการ	เกณฑ์
๑.เพื่อ.....	ร้อยละของ.....	แบบสอบถาม / แบบประเมิน/ แบบรายงาน	ร้อยละ ๑๐๐
๒.เพื่อ.....	ร้อยละของ.....		
๓.เพื่อ.....	ร้อยละของ.....		

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

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

๑๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ

กลุ่มงาน /งานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

๑๒. ผู้เสนอโครงการ

.....
(.....)
หัวหน้ากลุ่มงาน / งาน / ฝ่าย

๑๓. ผู้พิจารณาโครงการ

.....
(.....)
(ผชช.ว / ผชช..ส./ นวก.สธ.ชำนาญการพิเศษ)

๑๔. ผู้เห็นชอบโครงการ

.....
(.....)
(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล)

๑๕. ผู้อนุมัติโครงการ

อนุมัติโครงการ..... โดยใช้
งบประมาณ..... เป็นเงินบาท
(.....บาทถ้วน)

.....
(ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล)

สำหรับโครงการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

๑๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ

กลุ่มงาน งาน ฝ่ายของหน่วยงาน.....

๑๒. ผู้รับผิดชอบโครงการ

.....
(.....)

ตำแหน่ง..... เบอร์โทรศัพท์.....

๑๓. ผู้เสนอโครงการ

.....
(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน / งาน / ฝ่าย

๑๔. ผู้เห็นชอบโครงการ

.....
(.....)

สสอ. / ผอ.รพ.

๑๕. ผู้อนุมัติโครงการ

อนุมัติโครงการ..... โดยใช้

งบประมาณ..... เป็นเงินบาท

(.....บาทถ้วน)

.....
(นพ.สสจ.สตูล)