

รายงานผลการดำเนินโครงการ

โดย

กลุ่ม อสม. หมู่ ๑๙ บ้านหนองปิ้ง

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

โครงการอบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด ๑๙

งบประมาณประจำปี ๒๕๖๕

สนับสนุนโครงการ โดย กองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

<input type="checkbox"/> สำนักปลัด	.....
<input type="checkbox"/> กองคลัง	.....
<input type="checkbox"/> กองช่าง	.....
<input type="checkbox"/> กองการโยธา	.....
<input checked="" type="checkbox"/> กอง.....	.....
<input type="checkbox"/> ตรวจสอบงาน	.....

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม  
 เลขที่รับ..... 0051  
 วันที่ 14 มี.ค. 2565  
 เวลา 11.00 น.

เทศบาลตำบลบ้านดู่  
 เลขที่..... 2090  
 วันที่ 14 มี.ค. 2565  
 เวลา ๙.๓๑ น.

กลุ่ม อสม. หมู่ที่ 19  
 ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 11-3-65

เรื่อง รายงานผลการดำเนินงานโครงการ  
 เรียน ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่  
 สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานผลการดำเนินโครงการ จำนวน ๑ เล่ม  
 ด้วย..... กลุ่ม อสม. หมู่ที่ 19..... ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย  
 มีความประสงค์ขอส่งสรุปรายงานผลการดำเนินโครงการ อมรม หมู่ 19 หมู่ที่ 19  
 ประจำปีงบประมาณ 2565..... ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบล  
 บ้านดู่ และได้แนบหลักฐานพร้อมกับรายงานผลการดำเนินงานโครงการ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
 ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลบ้านดู่

อสม. ม. 19 สภ.เขตเทศบาลเมืองเชียงราย  
 ออมรมหมู่บ้านใหม่ หมู่ที่ 19 ประจำปีงบประมาณ  
 2565 ผนวกเอกสารส่งที่ส่งมาด้วย  
 สมัยโปรดทราบ  
 วันที่ 14/3/65


ขอแสดงความนับถือ



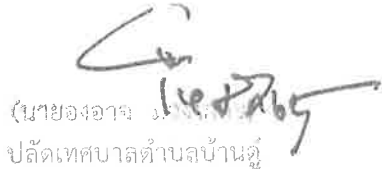
(นางอัครา อธิราช)  
 ตำแหน่ง ศึกษารักษ์ อสม. หมู่ที่ 19

เก็บเอกสารรวมไว้เพื่อรอการตรวจสอบ  
 ท้องถิ่นต่อไป

3 มีนาคม ๖๕  
 นางสาววิภาดา รุ่งเรือง  
 นายกเทศมนตรีตำบลบ้านดู่  
 14 มี.ค. 2565

  
 (นายพัฒนาพงษ์ โพธิ์เกตุ)  
 นายกเทศมนตรีตำบลบ้านดู่

15 มี.ค. 65

  
 (นายองอาจ.....)  
 ปลัดเทศบาลตำบลบ้านดู่

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการทำงาน/ประเมินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน  
หลักประกันสุขภาพฯ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการ  
ดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการอบรมหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ สู่วิถีชีวิต 19

๑. ผลการดำเนินงาน

เพื่อโครงการในหน่วยงาน กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ 19 แห่ง  
มีการอบรมแก่เจ้าหน้าที่ในหลายจังหวัดภายใต้การถ่ายทอดทางวิทยุผ่านสถานีวิทยุ กรมส่งเสริมการค้า  
ระหว่างประเทศ 19 วิทยุทั่วประเทศ

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ .....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ..... คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ

14,460

บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง

14,460

บาท

คิดเป็นร้อยละ .....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ

-

บาท

คิดเป็นร้อยละ .....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

สำเนาถูกต้อง

Shun also

นางสาวสิรินาถยา รุ่งสว่าง  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

ลงชื่อ

(ช. อธิพัชร์ สวัสดิ์ตาน)

ผู้รายงาน

ตำแหน่ง นาง อธิพัชร์ สวัสดิ์ตาน

วันที่-เดือน-พ.ศ. 6 กรกฎาคม ๒๕๖๑

11-3-65

สรุปแบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม  
 โครงการ อบรม ทักษะชีวิต ใจดี ชีวิตสดใส 19

วันที่ 19 ก.พ. 2565

ณ อาคาร 6066 ประสงค์ บ้านหนองปรือ ซอยที่ 19 ต.บางคู

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. เพศ	เพศหญิง	จำนวน	<u>58</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>72.5</u>
	เพศชาย	จำนวน	<u>22</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>27.5</u>
	รวม		<u>80</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>100</u>
๒. อายุ	๔๐ - ๕๐ ปี	จำนวน	<u>7</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>8.75</u>
	๕๑ - ๖๐ ปี	จำนวน	<u>43</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>53.75</u>
	๖๑ - ๗๐ ปี	จำนวน	<u>25</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>31.25</u>
	๗๑ ปีขึ้นไป	จำนวน	<u>5</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>6.25</u>

ตอนที่ ๒ ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ

ด้านวิทยากร

๑. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	<u>5</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>6.25</u>
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	<u>10</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>12.5</u>
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	<u>63</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>78.75</u>

๒. ความสามารถในการระบวนการอบรม

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	<u>10</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>12.5</u>
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	<u>68</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>85</u>

๓. การเชื่อมโยงเนื้อหาในการฝึกอบรม

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	<u>80</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>100</u>

๔. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	<u>1</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>-</u>
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	<u>80</u>	คน คิดเป็นร้อยละ	<u>100</u>





**ด้านความรู้ความเข้าใจ**

**๑. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ ก่อน การอบรม**

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	80	คน	คิดเป็นร้อยละ	100

**๒. ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ หลัง การอบรม**

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	80	คน	คิดเป็นร้อยละ	100

**ด้านการนำความรู้ไปใช้**

**๑. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้**

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	10	คน	คิดเป็นร้อยละ	12.5
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	80	คน	คิดเป็นร้อยละ	87.5

**๒. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้**

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	80	คน	คิดเป็นร้อยละ	100

**๓. คาดว่าสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้**

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน	.....	คน	คิดเป็นร้อยละ	.....
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน	80	คน	คิดเป็นร้อยละ	100

**ตอนที่ ๓ ข้อเสนอแนะอื่นๆ**

**ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม**

สรุปจากการทำแบบประเมินความพึงพอใจ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100

ระดับความพึงพอใจปานกลาง คิดเป็นร้อยละ .....

สรุปแบบประเมินความรู้ ก่อน อบรม คิดเป็นร้อยละ 68.00

สรุปแบบประเมินความรู้ หลัง อบรม คิดเป็นร้อยละ 97.00

กองการศึกษา  
 กองสาธารณสุข  
 ควบคุมงาน  
 วันที่ 3 ธ.ค. 2564

เทศบาลตำบลบ้านดู่  
 เลขที่รับ... 8129  
 วันที่ 03 ธ.ค. 2564  
 เวลา... 10.00 น.  
 ที่ทำการ... อ.เมือง จ.เชียงราย 57100

วันที่ 3 ธันวาคม 2564

เลขที่... 0181  
 วันที่... 3 ธ.ค. 2564  
 เวลา... 10.45 น.

เรื่อง ส่งโครงการเพื่อขอรับเงินสนับสนุนงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕  
 เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่  
 สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการฯ

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ เทศบาลตำบลบ้านดู่ ได้เข้าร่วมโครงการ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงราย (สปสช.) โดยให้หน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน อื่นๆ ในพื้นที่ ได้ดำเนินตามแผนงานหรือโครงการ/กิจกรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคให้แก่ สมาชิกหรือประชาชนในพื้นที่ นั้น

ดังนั้น ด.ศ.ม. พ.ศ. 19 ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จึงได้ส่งโครงการ โครงการ อบรมพัฒนาวชิรวิทย์ สู้ภัยโควิด 19 เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการต่อไป

**สำเนาถูกต้อง**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

*วิมล อนุช*

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลบ้านดู่  
 อสม. พ. 19 ส่งโครงการ อบรมพัฒนาวชิรวิทย์ สู้ภัยโควิด 19  
 ประจำปีงบประมาณ 2565 ภายใต้งบประมาณที่ส่งมา  
 เพื่อโปรดพิจารณา  
*วิมล*

(นางสาวสิรินาถยา วงศ์वास)  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ขอแสดงความนับถือ

*วิมล*

(นาย น.น.ธรรม 68 ล.ย.)

ตำแหน่ง ประธาน อสม. พ.ศ. 19

เด็กรอรับเงินจากกองทุนฯ กรมพลศึกษา ๑ คน

*วิมล อนุช*  
 นางสาวสิรินาถยา วงศ์वास  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 3 ธ.ค. 2564

เรียน นายกเทศมนตรี

*วิมล อนุช*

*วิมล อนุช*  
 21/12/64

หมายเลขโทรศัพท์ 082 181 8458

*วิมล อนุช*

(นายองอาจ ม่วงโกสัย)  
 ปลัดเทศบาลตำบลบ้านดู่

*วิมล อนุช*  
 (นายพัฒน์พงษ์ โพธิ์เกตุ)  
 นายก อบต.บ้านดู่

**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการอบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน (ระบุชื่อ) อสม. หมู่ 19 มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการอบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19 ในปีงบประมาณ 2565 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่ เป็นเงิน 17,760 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยหกสิบบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด)**

**หลักการเหตุผล**

เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันปัญหาโควิด 19 ได้รับการแก้ไขด้วยมาตรการภาครัฐ และความร่วมมือของประชาชนตลอดจนถึงเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน กรรมการชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายอำเภอ หน่วยงานภาครัฐอื่น และเอกชน สนับสนุนในการเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันโรคโดยการลงพื้นที่ แจกข่าวสารให้ความรู้ คัดกรองตามรูปแบบวิถีปกติใหม่ และเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองลดลง ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีความตระหนัก และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตามระยะการผ่อนคลายตามมาตรการของทางราชการ รวมถึงเกิดพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จึงได้จัดทำโครงการอบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19 เพื่อขอรับการสนับสนุนจากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่ ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมภายใต้โครงการที่ขอรับสนับสนุนจะต้องปฏิบัติตามมาตรการของส่วนราชการกำหนด ซึ่งปัจจุบันได้มีการผ่อนคลายมาตรการเพื่อให้ประชาชน และทุกภาคส่วนสามารถดำเนินกิจกรรมและใช้ชีวิตได้ตามรูปแบบ New Normal ได้อย่างเหมาะสมการดำเนินงานและกิจกรรมที่จะเกิดขึ้น จึงมีการปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรการดังกล่าวต่อไป

**สำเนาถูกต้อง**

*วิมล ธีระ*

(นางสาวสิรินาถยา วงศ์วาลี)  
ประธานอสม.หมู่บ้าน

**1. วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านมีระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19
2. เพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะแกนนำในชุมชนในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแบบวิถีใหม่
3. เพื่อสนับสนุนส่งเสริมกระบวนการทำงานของ อสม. ในพื้นที่ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโควิด 19

ในหมู่บ้าน

**2. วิธีดำเนินการ**

1. จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค
  2. ประชาสัมพันธ์โครงการให้คนในชุมชนทราบ
  3. ประชุมทีมงานตามโครงการและติดตามการดำเนินงาน
  4. ประเมินความพร้อมและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีมงานในหมู่บ้าน
  5. ดำเนินงานโครงการ โครงการอบรมให้ความรู้ 1 วัน และรณรงค์, เฝ้าระวังการติดเชื้อโควิด 19
- ภายในหมู่บ้าน ด้วยการคัดกรองโรคโควิด 19 ในงานต่าง ๆ เช่น งานศพ งานบุญ
6. สรุปผลการดำเนินงาน และรายงานผลให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่



### 3. กลุ่มเป้าหมาย

จำนวน 80 คน

### 4. ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2565

### 5. สถานที่ดำเนินการ

อาคารเอนกประสงค์บ้านหนองปิ้ง หมู่ 19

### 6. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่ จำนวน 17,760 บาท รายละเอียด ดังนี้

- ค่าป้ายไวนิล ขนาด 1 x 2 เมตร	เป็นเงิน 300 บาท
- ค่าแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 80 แผ่น ๆ ละ 5 บาท	เป็นเงิน 400 บาท
- ค่าแบบประเมินก่อนอบรม - หลังอบรม 80 แผ่น ๆ ละ 2 บาท	เป็นเงิน 160 บาท
- ค่าชุดตรวจ ATK จำนวน 80 ชุด ๆ ละ 80 บาท	เป็นเงิน 6,400 บาท
- ค่าอาหารกลางวัน 50 บาท x 80 คน	เป็นเงิน 4,000 บาท
- ค่าอาหารว่าง 20 บาท x 80 x 2 มื้อ	เป็นเงิน 3,200 บาท
- ค่าวิทยากร 5 ชม. ๆ ละ 400 บาท	เป็นเงิน 2,000 บาท
- ค่าบำรุงสถานที่	เป็นเงิน 500 บาท
- ค่าเช่าเครื่องเสียง	เป็นเงิน 500 บาท
- ค่าสรุปผลดำเนินงาน 2 ชุด	เป็นเงิน 300 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 17,760 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยหกสิบสิบบาทถ้วน)

\* หมายเหตุ งบประมาณสามารถถัวเฉลี่ยได้ตามความเหมาะสม

### 7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนในหมู่บ้านมีระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในระดับหมู่บ้าน
2. แกนนำในชุมชนมีความรู้และพัฒนาทักษะในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแบบวิถีใหม่ และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในหมู่บ้านได้

### 8. การติดตามและประเมินผล

1. ประชาชนได้มีการตระหนักและรับรู้วิธีการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19
2. ประชาชนรู้จักป้องกันตนเองได้มากยิ่งขึ้น

สำเนาถูกต้อง

Signature

(นางสาวสิรินาถยา วงศ์วาท)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กำหนดการอบรม

โครงการอบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19

วันที่ 12-2-65 ณ อาคารเอนกประสงค์ หมู่ 19

08.00 – 08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 – 09.00 น.	พิธีเปิดการอบรมโครงการ
09.00 – 12.00 น.	บรรยายให้ความรู้เรื่อง หมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 15.00 น.	บรรยายให้ความรู้เรื่อง ให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเองและผู้อื่น
15.00 – 16.00 น.	อภิปราย ชักถาม สรุปการอบรมและปิดการอบรม

- หมายเหตุ
- พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.30 น. และ 14.30 น.
  - กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

สำเนาถูกต้อง

๑๗/๒๐

(นางสาวสิรินาถยา วงศ์वाल)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๘. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า ๑ รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )

๘.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)

ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน)..... ๐๘๖. ๖. ๑๗

- ๑. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ ๑๐ (๑)]
- ๒. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อบท. [ข้อ ๑๐ (๑)]
- ๓. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ ๑๐ (๑)]
- ๔. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ ๑๐ (๒)]
- ๕. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ ๑๐ (๒)]
- ๖. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ ๑๐ (๓)]
- ๗. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบท.) [ข้อ ๑๐ (๔)]

๘.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)

- ๑. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๑๐ (๑)]
- ๒. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ ๑๐ (๒)]
- ๓. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ ๑๐ (๓)]
- ๔. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐ (๔)]
- ๕. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๑๐ (๕)]

๘.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก

- ๑. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน.....คน
- ๒. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน.....คน
- ๓. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน.....คน
- ๔. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน.....คน
- ๕. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.....คน
- ๖. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน.....คน
- ๗. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน.....คน
- ๘. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน ๘๐ คน
- ๙. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐ (๔)]
- ๑๐. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).....จำนวน.....คน

สำเนาถูกต้อง

วิมล นิส

(นางสาวสิรินาตยา วงศ์วาลี)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๘.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

- ๘.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
  - ๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - ๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - ๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
  - ๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - ๕. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  - ๖. การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
  - ๗. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

- ๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๕. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ๖. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ๗. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๘. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- ๙. อื่น ๆ (ระบุ) .....

๘.๔.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

- ๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๕. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ๖. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ๗. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๘. อื่น ๆ (ระบุ) .....

๘.๔.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

- ๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๕. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- ๖. อื่น ๆ (ระบุ) .....

๘.๔.๙ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐ (๔)]

- ๑. ค่าใช้จ่ายในการประชุม
- ๒. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- ๓. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ
- ๔. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์
- ๕. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) .....

สำเนาถูกต้อง

31/11/20 ๑๓:๑๐

(นางสาวสิรินาถยา วงศ์वाल)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๘.๔.๑๐ กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ) .....

- ๑. อื่น ๆ (ระบุ) .....

ลงชื่อ



ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นาย น.น.น. น.น.น.)

ตำแหน่ง น/ส-๑๑๖ ๑๓๖.๖๑/ 19.

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)  
ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่ ครั้งที่ ..... / ๒๕๖๕  
เมื่อวันที่ .....

งบประมาณที่เสนอ จำนวน 28,410 บาท

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ..... บาท

เพราะ .....

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....

สำเนาถูกต้อง

สมม ๐๖๐

(นางสาวสิรินาดยา วงศ์वाद)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



## บันทึกข้อตกลง

### การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลตำบลบ้านดู่

เขียนที่ กองทุนฯ

วันที่ 28 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนฯ ระหว่าง อสม. หมู่ 19 โดย นายบุญธรรม เกด้อย ในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับกองทุนฯ โดย นายพัฒนพงษ์ โพธิ์เกตุ ในฐานะประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/แผนการดำเนิน ของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการอุดหนุนเงิน จำนวน 17,760.00 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยหกสิบบาทถ้วน)

เงื่อนไขการจ่ายเงิน จ่ายงวดเดียว 100% โดยมีเงื่อนไขการจ่ายดังต่อไปนี้

ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องเป็นผู้จัดเก็บหลักฐานประกอบการจ่ายต่างๆ เพื่อรอการตรวจสอบไว้เอง ดังนี้

- (1) โครงการ/กิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- (2) แบบบันทึกข้อตกลง ต้องระบุรายละเอียดอันเป็นสาระสำคัญในข้อตกลงให้ครบถ้วน

ประกอบด้วย

- (2.1) รายละเอียดโครงการ เช่น งบประมาณ เป็นต้น
- (2.2) รายละเอียดการจ่าย (เงื่อนไขการจ่ายเงิน) งวดเดียว เมื่อลงนามในข้อตกลงแล้ว
- (2.3) หลักฐานการรับเงินของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม
- (2.4) หลักฐานการส่งมอบงาน หรือรายงานผลการดำเนินงาน สิ่งต้องส่งได้แก่
  - ส่วนที่ 3 การรายงานผลการดำเนินงาน รายงานจ่ายเงินตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
  - ภาพถ่ายกิจกรรมตามโครงการ
  - ใบเสร็จรับเงินกรณีกลุ่มองค์กรประชาชนจัดซื้อครุภัณฑ์
  - เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ข้อ 2 หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมโดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างไร

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด นับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
2. การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ
5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนฯ กำหนด
6. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเป็นงบประมาณของกองทุนฯ กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกันโดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ และผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม หนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม  
(นายบุญธรรม เกลี้ยง)

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม  
(นายพัฒนพงษ์ โพธิ์เกตุ)  
ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(นางสาววิจิตรา ศรีบรรจง)



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 5701 01314 94 9

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย บุญธรรม เกลีย

First name Mr. Boontham

Last name Palai

เกิดวันที่ 13 มี.ค. 2506

Date of Birth 13 Mar. 1963

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 64 หมู่ที่ 19 ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย

จ.เชียงราย

1 มี.ค. 2559

วันออกบัตร

1 Mar. 2018

Date of issue

วันที่ออกบัตร  
 (สำหรับบัตรประชาชน)  
 วันที่หมดอายุบัตร

12 มี.ค. 2567

วันบัตรหมดอายุ

12 Mar. 2024

Date of expiry

6799-02-03011036



*คำหาญเดช*  
*น.จ.*  
*บุญธรรม เกลีย*

BORA-7.2-01-2559



ประเทศไทย  
 THAILAND

73-0390162-35



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 6302 00387 89 7

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย วันชัย ไฉแพร์

Name Mr. Wanchai

Last name Jaiprae

เกิดวันที่ 15 พ.ย. 2507

Date of Birth 15 Nov. 1964



ที่อยู่ 195 หมู่ที่ 19 ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย

จ.เชียงราย

8 ส.ค. 2553

วันออกบัตร

8 Date 2020

Date of Issue

(นายอนาคม จงจิระ)  
เจ้าพนักงานออกบัตร

14 พ.ย. 2572

วันบัตรหมดอายุ

14 Nov 2029

Date of Expiry

5701-04-12081454

BORA-10.8-02-2563



ประเทศไทย  
THAILAND

ME3-1431450-63





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 5701 01355 21 1  
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง บัวลอย กองบุญ



Name Mrs. Bualoy

Last name Kongboon

เกิดวันที่ 6 ก.พ. 2504

Date of Birth 6 Feb. 1961

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 84 หมู่ที่ 19 ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงใหม่

จ.เชียงใหม่

4 ก.พ. 2559

วันออกบัตร

4 Feb. 2016

Date of Issue

รองผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่  
 (คุณหญิง ปวีณา ไชยพิบูลย์)  
 เจ้าพนักงานออกบัตร

5 ก.พ. 2567

วันหมดอายุ

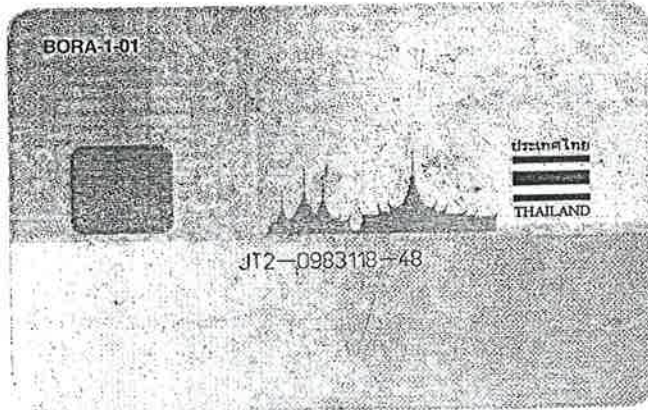
5 Feb. 2024

Date of Expiry



สำเนาถูกต้อง

นางบัวลอย กองบุญ





บัตรประชาชน

คำเตือน

"ชุดครั้งที่อื่นที่ตรงกับที่กระทรวงมหาดไทยออกให้บุคคลอื่นที่ให้มีบัตรประชาชน"

41-009

 **ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร**  
**สาขาเชียงราย - เขต ๓**  
**ธนาคารของรัฐบาล**

บัญชีเลขที่ **001-2-76086-7**

ชื่อบัญชี **เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนการดำเนินงานของ อบจ. รวบรวมมูลฐาน  
หมู่บ้านหนองบัว จังหวัดน่าน หมู่ 19**

สมุดคู่ฝากเลขที่ **๖๖๖๖๖๖๖๖**

  
**พนักงานรับมอบอำนาจ**

13-01/44

เจ้าภาพคู่ฝาก  
นาง นริศลอย กองมูล

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่

๗-๑ ก.พ. 2565

ข้าพเจ้า กลุ่ม อสม.บ้านหนองปิ้ง หมู่ที่ 19 ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่ ที่อยู่ 486 หมู่ที่ 6 ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
โครงการอบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19	17,760	. 00
	17,760	. 00

จำนวนเงิน (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยหกสิบบาทถ้วน)

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน

(นายบุญธรรม เกลี้ยง)

ลงชื่อ บัวลอย กองบุญ ..... ผู้รับเงิน

(นางบัวลอย กองบุญ)

ลงชื่อ .....  ..... ผู้รับเงิน

(นายวันชัย ใจแพร่)

ลงชื่อ ..... สิรินาตยา วงศ์वाल ..... ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวสิรินาตยา วงศ์वाल )

## บันทึกตกลงการจ้าง

เลขที่.....

ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19..

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 11 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19.....

ด้วยกลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 มีความประสงค์จะจ้าง  
ผู้รับจ้างทำงาน ทำรั้ว ไม้เหล็ก ขนาด 1 x 2 เมตร วัสดุ ไม้สังกะสี 2 ชั้น  
สี ฟ้า ไม้ 19 จำนวน 1 ชั้น  
ในราคาเป็นเงิน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน) กำหนดแล้วเสร็จภายใน  
วันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบหมายงานแล้ว หากมีเหตุข่าวดเสียหายเกิดขึ้น แก่  
หน่วยงานภายในกำหนด 1.....วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุข่าวดเสียหายนั้น เกิดจากความ  
บกพร่องของผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำไว้ไม่เรียบร้อย หรือทำไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลัก  
วิชาการ ผู้รับจ้างจะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ)..... น.น.....ผู้ว่าจ้าง  
(นาย บุญธรรม เกลชัย)

(ลงชื่อ)..... [Signature].....ผู้รับจ้าง  
(นาย ปรีชา จริตเกษ)

(ลงชื่อ)..... [Signature].....พยาน  
(นาย อัมพร มโนฐาน)

(ลงชื่อ)..... น.ค.ย กองบุญ.....พยาน  
(นาย มงคลย กองบุญ)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ ถังไวไฟ

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19

ตามที่ กลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 ได้ซื้อหรือจ้าง ถังไวไฟ ขนาด 1 x 2 ลิตร จำนวน 1 ถัง

จาก นาย วิรัช ลิขสิทธิ์ .....งบประมาณ ..... 300 .....บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง เลขที่ 1/65 ลงวันที่ 11 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์

พ.ศ. 2565 จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ) สุวัฒน์ ใจดี ประธานกรรมการ  
(นาย สุวัฒน์ ใจดี)

(ลงชื่อ) ดิเรก ใจดี กรรมการ  
(นาย ดิเรก ใจดี)

(ลงชื่อ) วิวัฒน์ ใจดี กรรมการ  
(นาย วิวัฒน์ ใจดี)

# ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 14-2-65

ข้าพเจ้า นาย ธีรเดช จิตเลิศ บ้านเลขที่ 188 หมู่ที่ 10 ถนน

ตำบล บ้านดู่ อำเภอ บ้านดู่ จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ค่าทำรั้ว ไม้เหล็ก ขนาด 1 x 2 เมตร	300	
รวมเงิน	300	

(ตัวอักษร) วิกรม ธีรเดช

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้รับเงิน  
(นาย ธีรเดช จิตเลิศ)

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้จ่ายเงิน  
(นาย วิกรม ธีรเดช)

(ลงชื่อ) [Signature] พยาน  
(นาย วิกรม ธีรเดช)





ทะเบียนเลขที่..... 3570101301812  
 คำขอที่..... 5751549001039(เดิม)  
 558/2552

แบบ พค.0403

**กรมพัฒนาธุรกิจการค้า**  
**สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์**  
**ใบทะเบียนพาณิชย์**  
**ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า**

นายปรีชา จันเสน

ได้จดทะเบียนพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2499  
 เมื่อวันที่..... 25 พฤษภาคม 2549  
 ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์กิจ

ทำมา

เขียนเป็นอักษรโรมัน

สำเนาถูกต้อง  
 (ปรีชา จันเสน)

ชนิดแห่งพาณิชย์กิจ

- จำหน่ายและรับทำกรอบรูปทุกชนิด
- จำหน่ายและรับทำสติ๊กเกอร์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโฆษณา ป้ายผ้าไวน์ลทุกชนิด

ที่ตั้งสำนักงานแห่งใหญ่

เลขที่..... 124 หมู่ที่..... 3 ตรอก/ซอย..... - ถนน..... พหลโยธิน  
 ตำบล/แขวง..... บ้านจู่ อำเภอ/เขต..... เมือง จังหวัด..... เชียงราย

ออกให้ ณ วันที่..... 27 สิงหาคม 2552





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 3 5701 01301 81 2  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ปรีชา จันเลน

Name Mr. Preecha

Last name Chanlen

เกิดวันที่ 4 พ.ย. 2519

Date of Birth 4 Nov. 1976

ที่อยู่ 188 หมู่ที่ 10 ต.บ้านคู อ.เมืองเชียงราย

จ.เชียงราย

3 พ.ย. 2562

วันออกบัตร

3 Nov. 2019

Date of Issue



เจ้าพนักงานสมการบัตร

3 พ.ย. 2570

วันบัตรหมดอายุ

3 Nov. 2027

Date of Expiry



5701-02-11031056

สำเนาถูกต้อง

2/5/2571 (2562-2570)











ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขชุมชน หมู่ที่ 19...

ตำบลบ้านคู้ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ แอมฟิม + แอมเฟตามีนโครงการ

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19

ตามที่ กลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 ได้ซื้อหรือจ้าง

ทำแพคเกจยาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แอมเฟตามีน + ยาคุมกำเนิด

จาก หส อภิลักษณ์ สุวณิช งบประมาณ 560 บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง เลขที่ 2/65 ลงวันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565... จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ) สรรณ มโนรัตน์ ประธานกรรมการ (นางสุพรรณ นงใจเขาน)

(ลงชื่อ) อนุชิต ใสใจ กรรมการ (นาง เกรียงวิทย์ แสนใจ)

(ลงชื่อ) รสสุคนธ์ อมพันธ์ กรรมการ (นางรศสุคนธ์ อมพันธ์)

# ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19.

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 15-2-65

ข้าพเจ้า ร.ส. อัญลภณ์ สารเอม บ้านเลขที่ 99 หมู่ที่ 19 ถนน.....  
ตำบล บ้านดู่ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19..... เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้


รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1. ค่าทำแผ่นพิมพ์ตามรูป <u>เก็บไว้ใช้ได้อีกจำนวน 80 แผ่น</u>	400	
2. ค่าทำแม่พิมพ์ <u>พิมพ์มรดก - หลอมมรดก</u>	160	
รวมเงิน	560	

(ตัวอักษร) ร.ส. อัญลภณ์ สารเอม

(ลงชื่อ) อัญลภณ์ สารเอม ผู้รับเงิน  
(ร.ส. อัญลภณ์ สารเอม)

(ลงชื่อ) ร.ส. อัญลภณ์ สารเอม ผู้จ่ายเงิน  
(ร.ส. อัญลภณ์ สารเอม)

(ลงชื่อ) อ. อัญลภณ์ สารเอม พยาน  
(ร.ส. อัญลภณ์ สารเอม)

 บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 5299 00417 59 7

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ธัญลักษณ์ สารเงิน

Name Miss Thanyalax

Last name Sarnngrn

เกิดวันที่ 9 มี.ค. 2533

Date of Birth 9 Mar. 1990

ที่อยู 95 หมู่ที่ 13 ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมืองเชียงใหม่

จ.เชียงใหม่

4 ก.ค. 2560

วันออกบัตร

4 Jul. 2017

Date of Issue

  
รองอธิบดี (ผู้ถือบัตรประชาชน)  
เจ้าพนักงานออกบัตร

6 มี.ค. 2560

วันบัตรหมดอายุ

8 Mar. 2020

Date of Expiry



8761-02-07040814

ลำปาง ๑๓๖๓๓๐๖  
ธัญลักษณ์ สารเงิน

BORA-9.2-04-2560

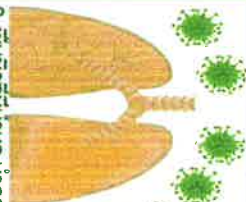


ประเทศไทย  
THAILAND





# ไวรัสโคโรนา คืออะไร



ไวรัสโคโรนา เป็นกลุ่มของเชื้อไวรัสที่สามารถก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจในคน ซึ่งไวรัสที่อยู่ในกลุ่มนี้ มีหลายสายพันธุ์ ส่วนใหญ่ทำให้เกิดอาการไม่รุนแรง คือ เป็นไข้หวัดธรรมดา ในขณะที่บางสายพันธุ์

2. พืชชนิดที่มีน้ำหนักเบา สายใย เส้นใย สารสกัดหลังของผู้ป่วย เช่น ห้องสุญญากาศ
3. สำหรับพืชชนิดที่เป็นโรค สามารถใช้ 70% แอลกอฮอล์ทำความสะอาด



## แนวทางกำจัดความสะอาด สำหรับพื้นที่สัมผัสเชื้อ

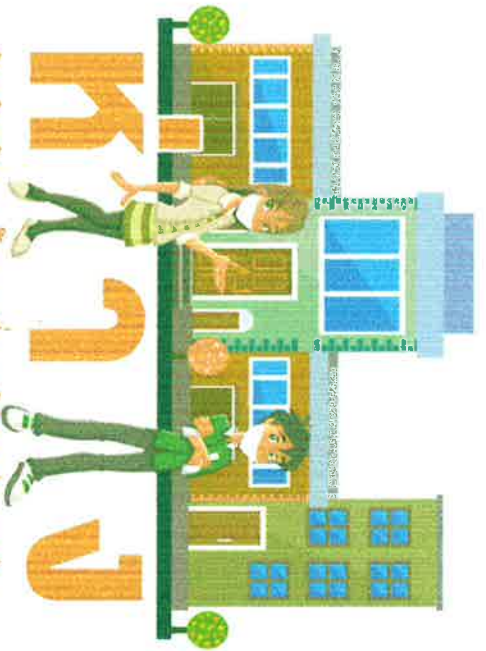
- เปิดประตู หน้าต่าง เพื่อการระบายอากาศ เมื่อใช้บ้านเช่าหรือรือน้ำยาฟอกขาว
- ใส่ถุงมือ เจ็ดทำความสะอาด บริเวณที่มีการสัมผัสบ่อยๆ (เช่น ปุ่มกด ราวจับ ลูกบิดประตู ทีวี สวิตช์ไฟ ปุ่มกดลิฟต์ ฯลฯ) ด้วยน้ำยาฟอกขาว หรือ 70% แอลกอฮอล์ ตามความเหมาะสมของพื้นผิว
- วิสคูลที่เป็นผ้า เช่น ผ้าเช็ดตัว ใช้ผงซักฟอก ซักด้วยน้ำร้อน ที่อุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส เป็นเวลาอย่างน้อย 25 นาที
- การทำความสะอาดพื้นผิว ให้ใช้ผ้าชุบน้ำหมาด ๆ ไม่ควรพ่นด้วยสเปรย์เนื่องจากระบบการสร้างละอองทำให้สเปรย์ น้ำถูก น้ำลาย ที่ตกอยู่บนพื้นผิวผู้ทรงรายพื้นผ้าได้
- กิ่งอยู่กรณทำความสะอาดที่ทำงานแล้วจะดีที่สุดเช่น เช่น ผ้าถูพื้น ผ้าเช็ด หลังจากทำความสะอาด
- โดยสวมถุงมือ และนำอุปกรณ์ที่ใส่ถุงขยะติดเชื้อ รีบนำถุงให้มิดชิด



# การติดต่อ

ไวรัสสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้โดยผ่านทางทางหายใจจาก สัมผัส น้ำมูก น้ำลาย ดังนั้น จึงต้องระมัดระวังไม่ให้ช่วยยที่ช่วยจากการทางเดินหายใจ หรือสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา ไปสัมผัสใกล้ชิดหรือใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ

เพื่อลดโอกาสการรับและแพร่กระจายเชื้อโรค  
 • ไม่ไปในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด หากจำเป็นให้สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง  
 • ระมัดระวังใช้สิ่งของสาธารณะร่วมกับ เช่น ราวบันได ลูกบิด ปุ่มกดประตู ปุ่มกดลิฟต์ ล้างมือทุกครั้ง หลังสัมผัส



พื้นที่สาธารณะที่ควรหลีกเลี่ยง

Social Distancing 2 เมตร

อยู่ห่างๆ...อย่างห่วงๆ

# การป้องกันโรค

หากมีอาการไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล หายใจเหนื่อย ภายใน 14 วัน หลังกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง หรือสัมผัสผู้ป่วย โปรดไปพบแพทย์ พร้อมแจ้งประวัติโดยละเอียดโดยเร็ว ไม่ปกปิดข้อมูลเพื่อการควบคุมโรคได้ทันที



# โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 COVID-19

## ระยะห่างทางสังคม Social Distancing



อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อทุกคนรัก



ห่างๆ 1 - 2 เมตร

ด้วยความปลอดภัย เราสามารถดูแลสุขภาพของเราได้



แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม  
 โครงการ อบรม ชมรมแม่บ้านโรงเรียนสุภัทรวโรด ๑๙  
 วันที่ 17 ก.พ. 2565

\*\*\*\*\*

คำอธิบาย แบบประเมินฉบับนี้มีทั้งหมด ๒ ตอน ขอให้ผู้ตอบแบบประเมินตอบให้ครบทั้ง ๓ ตอน เพื่อให้การดำเนินโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ต่อไป

ตอนที่ ๑ สถานภาพทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หน้าข้อความ

๑. เพศ  หญิง  ชาย

๒. อายุ  ๔๐-๕๐ ปี  ๕๑-๖๐ ปี  ๖๑-๗๐ ปี  ๗๑ ปีขึ้นไป

ตอนที่ ๒ ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ต่อการเข้าร่วมโครงการ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ ของท่านเพียงระดับเดียว

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำความรู้ไปใช้				
	มากที่สุด ๕	มาก ๔	ปานกลาง ๓	น้อย ๒	น้อยที่สุด ๑
<b>ด้านวิทยากร</b>					
๑. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน	✓				
๒. ความสามารถในกระบวนการอบรม	✓				
๓. การเชื่อมโยงเนื้อหาในการฝึกอบรม	✓				
๔. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม	✓				
๕. การใช้เวลาตามที่กำหนดไว้		✓			
๖. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม	✓				
<b>ด้านสถานที่ / ระยะเวลา / อาหาร</b>					
๑. สถานที่สะอาดและมีความเหมาะสม	✓				
๒. ความพร้อมของอุปกรณ์วัสดุทัศนูปกรณ์		✓			
๓. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม	✓				
๔. อาหาร มีความเหมาะสม		✓			
<b>ด้านความรู้ความเข้าใจ</b>					
๑. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ ก่อน การอบรม			✓		
๒. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ หลัง การอบรม		✓			
<b>ด้านการนำความรู้ไปใช้</b>					
๑. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้		✓			
๒. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	✓				
๓. คาดว่าสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้	✓				

แบบประเมิน ก่อนเข้ารับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

โครงการอบรมหมู่บ้าน วิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19

ตอนที่ ๑ สถานภาพทั่วไป

1. เพศ

2. อายุ

หญิง ชาย

40-50 ปี  50-60 ปี 61-70 ปี 70 ปีขึ้นไป

3. การศึกษา

ประถม ม.6 ปวช. ปวส.ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก

4. อาชีพ

นักศึกษา ข้าราชการ พนักงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว อื่น.....

ลำดับ	ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	ใช่	ไม่ใช่
1	ใส่หน้ากากอนามัยแบบผ้าช่วยป้องกันโรคโควิด 19 ได้ 100 % หรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/>	
2	วิธีสังเกตอาการ ผู้ป่วยเริ่มจะแสดงอาการภายใน 1-14 วัน หลังจากได้รับเชื้อโดยอาการเริ่มแรกจะมีอาการมีไข้ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจหอบเหนื่อยเป็นต้น	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์ สามารถป้องกัน (โรคโควิด19) ได้หรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	วิธีป้องกันโควิด 19 ที่ถูกต้องทำอย่างไร ๖ ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ให้สะอาด เลี่ยงสัมผัสใบหน้าเพราะอาจติดเชื้อไปในระบบทางเดินหายใจ และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	<input checked="" type="checkbox"/>	
5	ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว คือ ผู้ป่วยโควิด 19 กลุ่มที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย มีไข้ต่ำ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่รับกลิ่น ลิ้นไม่ร้อรส ตาแดง ผื่น ถ่ายเหลว หายใจปกติไม่เหนื่อย เป็นต้น	<input checked="" type="checkbox"/>	
6	หากมีผู้ร่วมงานติดเชื้อโควิดโดยไม่ทราบและได้มีการสัมมนาประชุมกันจะติดเชื้อหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/>	
7	การติดต่อของ โรคโควิด 19 ติดต่อได้อย่างไร ๖ เมื่อที่สัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อแล้วไปป้ายที่เยื่อเมือก เยื่อช่องปาก และเยื่อช่องปาก ทางเดินอาหาร และการหายใจเอาละอองที่ผู้ติดเชื้อไอจาม ๖	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	ใส่หน้ากากอนามัย N 95 ช่วยป้องกันโรคโควิด 19 ได้ 100 % หรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	เวลาไปซื้ออาหารหรือยาควรสวมหน้ากากก่อนออกจากบ้านและพยายามอยู่ห่างจากผู้อื่นเป็นระยะ 2 เมตร	<input checked="" type="checkbox"/>	
10	รวม 7 สิ่งที่ไวรัสโควิด 19 กลัว ๖ ** UV หรือแสงแดด**อากาศถ่ายเท**อุณหภูมิสูงเกิน 56 องศาเซลเซียส**ยาฆ่าเชื้อ คลอรีน**แอลกอฮอล์ 75 % **การล้างมือบ่อยๆ**ภูมิคุ้มกันที่ดีของมนุษย์๖	<input checked="" type="checkbox"/>	

## บันทึกข้อตกลงซื้อขาย

เลขที่.....

ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม อสม. หมู่ที่ 19

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรียน โรงพยาบาล ส่องฟ้า

ด้วยชุมชน/กลุ่ม/ชมรม อสม. หมู่ที่ 19 มีความประสงค์จะซื้อวัสดุ/ครุภัณฑ์

จากผู้ขายตามรายการดังนี้

ลำดับ	รายการ/ขนาด/ลักษณะ	ราคาต่อหน่วย	จำนวนหน่วย	เป็นเงิน
1.	<u>ชุดตรวจ ATK พร้อมอุปกรณ์</u>	80	80	6400
รวมเป็นเงิน				6400

ตัวอักษร หากพิมพ์หรือมาทางอื่น

จึงขอให้ผู้ขายพัสดุดังกล่าวได้ส่งมอบต่อคณะกรรมการผู้รับผิดชอบการดำเนินแผนงาน/โครงการ ตรวจรับวัสดุ/ครุภัณฑ์ ณ สถานเอกอัครราชทูต ภายในวันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

การซื้อขายตามบันทึกฉบับนี้ ผู้ขายจะต้องประกันความชำรุดบกพร่องของพัสดุเป็นเวลา 1..... วัน นับจากวันที่คณะกรรมการผู้รับผิดชอบการดำเนินแผนงาน/โครงการ ตรวจรับพัสดุได้รับมอบพัสดุดังกล่าว หากพัสดุเกิดชำรุดบกพร่องหรือขัดข้องอันเนื่องมาจากการใช้งานปกติ ผู้ขายจะต้องจัดการซ่อมแซมหรือแก้ไขให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ดีดังเดิม ภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม อสม. หมู่ที่ 19 โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น] ผู้ซื้อ  
(นาย บุญธรรม เกตุชัย)

(ลงชื่อ) หากตยา สมองฟ้า ผู้ขาย  
(อสม. หากตยา สมองฟ้า)

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น] พยาน  
(นาย อัมพร มีนิตานุ)

(ลงชื่อ) นวิศลอย กองมอญ พยาน  
(นาย นวิศลอย กองมอญ)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่ 19.....

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ.....ชุดตรวจ ATK พร้อม อุปกรณ์

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19.....

ตามที่ กลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19..... ได้ซื้อหรือจ้าง

ชุดตรวจ ATK จำนวน 80 ชุด.

จาก รพ.อ.เมืองเชียงราย จำนวน.....งบประมาณ 6400 บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง เลขที่ 3/65 ลงวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์

พ.ศ. 2565..... จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ)..... ส.ธรรม มโนธรรม ประธานกรรมการ (นาง ส.ธรรม มโนธรรม)

(ลงชื่อ)..... 1096005 1166/6 กรรมการ (นาง เกรตวิไลย์ แฉะใจ)

(ลงชื่อ)..... รสสุพันธ์ อุดมชัย กรรมการ (นางรสสุพันธ์ อุดมชัย)

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 14-2-65

ข้าพเจ้า ห่อสี หนาทยา สิมปาน

บ้านเลขที่ 222

หมู่ที่ 2

ถนน

ตำบล ดอยลาว

อำเภอ แม่ใจ

จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ค่ารถตรวจ ATK จำนวน 80 ชุด 80 บาท	6400	
รวมเงิน	6400	

(ตัวอักษร) จากพี่ห่อสี รอยมาทลาว

(ลงชื่อ) หนาทยา สิมปาน ผู้รับเงิน  
(ห่อสี หนาทยา สิมปาน)

(ลงชื่อ) เนน ผู้จ่ายเงิน  
(หม่อมหลวงธรรม ภาคชัย)

(ลงชื่อ) อ. อ. พยาน  
(นางอ. อ. อ. อ.)



**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 5799 00134 26 9

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. นาทยา สมปาน  
 Name Miss Nattaya  
 Last name Sompan  
 เกิดวันที่ 15 ต.ค. 2529  
 Date of Birth 15 Oct. 1986


ที่อยู่ 220 หมู่ที่ 2 ต.ศอยลาน อ.เมืองเขียงราย  
 จ.เขียงราย  
 6 ต.ค. 2564  
 วันออกบัตร 6 Jan. 2021  
 Date of Issue

14 ต.ค. 2572  
 วันบัตรหมดอายุ 14 Oct. 2029  
 Date of Expiry

เจ้าพนักงานทะเบียน 5701-03-01061438

สำเนาจากต้อง  
 นาทยา สมปาน

BORA-10.8-02-2563



ประเทศไทย  
 THAILAND

ME3-1431535-56



# ឧបត្ថម្ភ ATK



## บันทึกตกลงการจ้าง

เลขที่.....

ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19

ด้วยกลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 มีความประสงค์จะจัดจ้าง

ผู้รับจ้างทำงาน ช่างทาสี 2 คน จำนวน 1 มอ. 50 บาท จำนวน 80 คน 80x50= 4000 บาท

ช่างทาสี 2 มอ. 20 บาท x 80 x 2 = 3200 บาท

ในราคาเป็นเงิน 7,200 บาท ( เจ็ดพันสองร้อยบาทถ้วน ) กำหนดแล้วเสร็จภายใน

วันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบหมายงานแล้ว หากมีเหตุขำรดเสียหายเกิดขึ้น แก่หน่วยงานภายในกำหนด 1 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุขำรดเสียหายนั้น เกิดจากความบกพร่องของผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำไว้ไม่เรียบร้อย หรือทำไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลักวิชาการ ผู้รับจ้างจะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ) ..... ผู้ว่าจ้าง

(นาย ชุมพร ภาดัย)

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับจ้าง

(นาย จมพล โพธิ์รอด)

(ลงชื่อ) ..... พยาน

(นาง อังคาร อโนเขต)

(ลงชื่อ) ..... พยาน

(นาง นวลอย กองมู)



ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19..

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 17 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ... อาหารกลางวัน + อาหารว่าง

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19

ตามที่ กลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 ได้ซื้อหรือจ้าง

อาหารกลางวัน + อาหารว่าง จาก ชมรม อสมท ไทรโยค .....

งบประมาณ 4,200 บาท ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง เลขที่ 4/65 ลงวันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 17 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ) ส.อรรถ ภูมิไทรโยค ประธานกรรมการ (นาง อ.สิริวรรณ งามใจเรื่อ)

(ลงชื่อ) อดิสร งามใจ กรรมการ (นางเบญจมาภรณ์ งามใจ)

(ลงชื่อ) รศ.ศุภณัฐ ภูมิไทรโยค กรรมการ (นางบรรลพศิริ งามใจ)



# ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่.....

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 14-2-65

ข้าพเจ้า นาย จุมพล โพธิ์รอด บ้านเลขที่ 135 หมู่ที่ 11 ถนน.....

ตำบล แม่สรวย อำเภอ แม่สรวย จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ ..... เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1. ค่าอาหารกลางวัน 1 มื้อ $250 \text{ บาท} \times 80 =$	4000	
2. ค่าอาหารว่าง 2 มื้อ $20 \text{ บาท} \times 80 \times 2 =$	3200	
รวมเงิน	7200	

(ตัวอักษร) เจ็ดพัน สองร้อยยี่สิบบาท

(ลงชื่อ) จุมพล โพธิ์รอด ผู้รับเงิน  
(นายจุมพล โพธิ์รอด)

(ลงชื่อ) ใบ ผู้จ่ายเงิน  
(นายสมเกียรติ เกลี้ยง)

(ลงชื่อ) อน พยาน  
(นางอภิญญา วัฒนพาน)

รายชื่อผู้เข้าร่วม โครงการ อบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19

วันที่ 17/2/65

ณ. อาคารเอนกประสงค์บ้านหนองบึง หมู่ที่ 19 ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	บ้านเลขที่	ลายเซ็น	อุณหภูมิ	เบอร์โทร
1	นางอติพร วัฒนาน	123		36.3	085-0338609
2	นางจ้อย กองหม	36		36.9	084-4061522
3	นาง สอรรถ วัฒนาน	52		36.1	0967842276
4	นาง กิ่ง วัฒนาน	360		35.8	0845040266
5	นาง วิมลศรี วัฒนาน	360		36.1	-
6	นาง วิมลศรี วัฒนาน	10		35.6	0832593721
7	นาง น้า วัฒนาน	315		35.7	-
8	นาง น้า วัฒนาน	41		35.6	0850397820
9	นาง น้า วัฒนาน	76		35.3	095-6764388
10	นาง น้า วัฒนาน	118		35.8	0830294803
11	นาง น้า วัฒนาน	76		35.8	-
12	นาง น้า วัฒนาน	333		36.3	088-2670949
13	นาง น้า วัฒนาน	314		36.4	-
14	นาง น้า วัฒนาน	5		36.1	0814642100
15	นาง น้า วัฒนาน	122		36.2	0829257650
16	นาง น้า วัฒนาน	104		36.4	0613598135
17	นาง น้า วัฒนาน	48/1		36.0	0620234115
18	นาง น้า วัฒนาน	53		36.3	0844944494
18	นาง น้า วัฒนาน	74		36.2	0913966029
20	นาง น้า วัฒนาน	56		36.1	0931521882
21	นาง น้า วัฒนาน	81		36.3	-
22	นาง น้า วัฒนาน	341		36.3	-
23	นาง น้า วัฒนาน	332		35.2	-
25	นาง น้า วัฒนาน	86		36.0	0804936719
26	นาง น้า วัฒนาน	108		36	0814236229
27	นาง น้า วัฒนาน	86		36.2	0853219010
28	นาง น้า วัฒนาน	314		35.2	-

รายชื่อผู้เข้าร่วม โครงการ อบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19

วันที่ 17/2/65

ณ. อาคารเอนกประสงค์บ้านหนองบึง หมู่ที่ 19 ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	บ้านเลขที่	ลายเซ็นต์	อุณหภูมิ	เบอร์โทร
1	ทองมีวลอย กองมูม	84	มีวลอย	36.5	091-8525984
2	นาย สอนัด ขันเวม	342	สอนัด	36.0	
3	นาง รสศตน์ คุนเชียง	91	รส	36.5	090-9837094
4	นาง ลานันท์ ขอดดี	39	ลานันท์	35.6	084 3132053
5	นางอรุณรัตน์ อานนชัย	54	อรุณรัตน์	36.0	0875795135
6	นพินทร คุ้มชัย	315	นพินทร	35.9	0813667009
7	นางอรุณรัตน์ อานนชัย	344	อรุณรัตน์	35.2	
8	นิพนธ์ ออทอง		น.ม. นพินทร		
9	นางสาว นงนุช ขันเวม	138	นงนุช	36.2	
10	นพินทร คุ้มชัย	332	นพินทร	36.2	094-107423
11	สวัสดิ์ ออทอง	332	สวัสดิ์	35.8	
12	นางอรุณรัตน์ อานนชัย	64	อรุณรัตน์	35.4	0821818458
13	นางอรุณรัตน์ อานนชัย	384	อรุณรัตน์	35.5	
14	นางอรุณรัตน์ อานนชัย	198	อรุณรัตน์	36.3	
15	นางอรุณรัตน์ อานนชัย	72	อรุณรัตน์	35.4	
16	นางอรุณรัตน์ อานนชัย	73	อรุณรัตน์	36.2	
17	นาง นพินทร คุ้มชัย	99	นพินทร	36.0	
18	นาง นพินทร คุ้มชัย	108	นพินทร	35.4	
18	นาง นพินทร คุ้มชัย	119	นพินทร	36.1	
20	นาง นพินทร คุ้มชัย	70	นพินทร	35.4	
21	นาง นพินทร คุ้มชัย	328	นพินทร	36.8	
22	นาง นพินทร คุ้มชัย	140	นพินทร	35.8	
23	นาง นพินทร คุ้มชัย	92	นพินทร	36.2	
25	นายทองดี กองมูม	84	ทองดี	36.1	087-1811574
26	นางนพินทร อานนชัย	370	นพินทร	35.2	098-5892650
27	นาย สอนัด ขันเวม	318	สอนัด	35.8	
28	นาง นพินทร คุ้มชัย	64	นพินทร	36.2	090-6758820



รายชื่อผู้เข้าร่วม โครงการ อบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19

วันที่ 17/2/65

ณ. อาคารเอนกประสงค์บ้านหนองบึง หมู่ที่ 19 ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	บ้านเลขที่	ลายเซ็น	อุณหภูมิ	เบอร์โทร
1	น.ส. ศุภวี สมนาน	58	ศุภวี	35.4	
2	นาง เจนจิรา ใจขม	74	เจนจิรา	36.1	
3	น.ส. ทิพย์วรรณ สมนาน	58	ทิพย์วรรณ	36.0	
4	นายมารุต กองมณี	37	มารุต	36.2	
5	สมชาย ใจเอี้ยง	3	สมชาย	35.9	0932638210
6	พ.ส. วรณี มะลิซ้อน	71	วรณี	36.1	
7	นายจำลอง ประเสริฐจิตร	341	จำลอง	36.2	087-6591649
8	นาง สมดวง อนุตม์	218	สมดวง	35.9	
9	เกรียงศักดิ์ ใจเอี้ยง	45	เกรียงศักดิ์	36.1	0629380463
10	นางอรพภัทร ประเสริฐจิตร	341	อรพภัทร	35.9	086-1819738
11	กัญญา ใจเอี้ยง	81	กัญญา	36.1	0967921283
12	นายมนัส ใจเอี้ยง	249	มนัส	36.2	0802973882
13	นาง ไฉลา เพชรพยอม	144	ไฉลา	35.8	-
14	นายพรอด ใจเอี้ยง	76	พรอด	36.1	-
15	นาย มนัส ใจเอี้ยง	47	มนัส	36.4	087-7272492
16	นาง นอน ใจเอี้ยง	322	นาง นอน	35.5	-
17	นาย วิษณุ ใจเอี้ยง	38	วิษณุ	35.9	-
18	นาย อินสรวง ใจเอี้ยง	322	อินสรวง	36.1	-
18	นาง อัจฉริยา ใจเอี้ยง	250	อัจฉริยา	36.2	0871883278
20	น.ส. อัจฉริยา ใจเอี้ยง	53	อัจฉริยา	36.1	098-1746946
21	น.ส. อัจฉริยา ใจเอี้ยง	118	อัจฉริยา	35.8	0613243495
22	นาง จันทน์ทิพย์ ใจเอี้ยง	38	จันทน์ทิพย์	36.2	086-1939509
23	น.ส. อัจฉริยา ใจเอี้ยง	86	อัจฉริยา	36.1	
25					
26					
27					
28					



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 5701 00647 45 6

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย จุมพล โพธิวงค์



Name Mr. Jumpon

Last name Potiwong

เกิดวันที่ 18 พ.ค. 2508

Date of Birth 18 May 1965

ที่อยู่ 135 หมู่ที่ 11 ต.บ้านตู่ อ.เมืองเชียงราย  
 จ.เชียงราย

20 พ.ค. 2568

วันออกบัตร

26 Jul. 2018

Date of Issue



(ลาภิตชัย บุญณะโสภณ)  
 เจ้าพนักงานออกบัตร

17 พ.ค. 2568

วันบัตรหมดอายุ

17 May 2025

Date of Expiry



5701-03-07280915

BORA-7.2-04-2559



ประเทศไทย  
 THAILAND

33-1043112-32

*Done Potiwong  
 (Signature)*

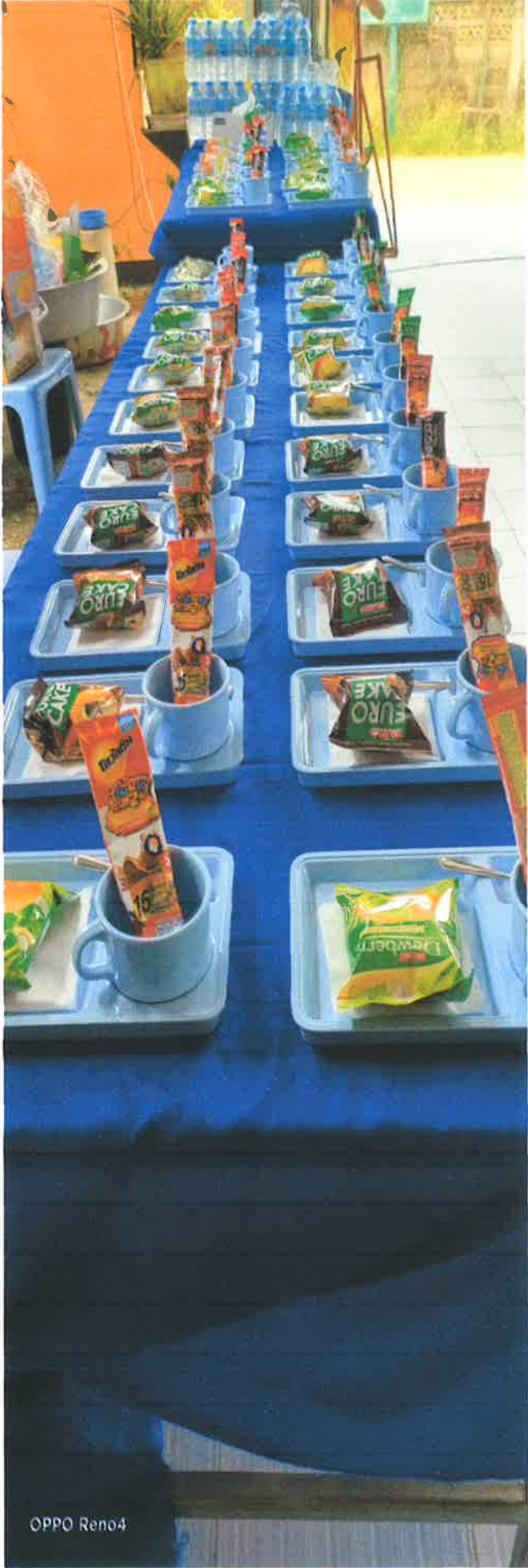


อาหารกลางวัน 17/2/65





อาหารว่างรอบเช้า 17/2/65





อาหารว่างรอบบ่าย 17/2/65





# ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 17-2-65

ข้าพเจ้า อรุณพิรุฬห์ ธรรม

บ้านเลขที่ 33

หมู่ที่ 4

ถนน -

ตำบล บ้านดู่

อำเภอ บ้านดู่


จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19..... เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ค่าตอบแทนวิทยากร 5 ชม. $400 \times 5 = 2000$	2000	
รวมเงิน	2000	

(ตัวอักษร) สองพันบาทถ้วน

(ลงชื่อ)  ผู้รับเงิน  
(อรุณพิรุฬห์ ธรรม)

(ลงชื่อ)  ผู้จ่ายเงิน  
(นาย สมบูรณ์ กล้วย)

(ลงชื่อ)  พยาน  
(นาย สมบูรณ์ กล้วย)



สำเนาถูกต้อง

(นายพิภพ ดวงมา)



วิทยาการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคโควิด 19 วันที่ 17/2/65



# บันทึกตกลงการจ้าง

เลขที่.....

ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่.....

ตำบลบ้านคู้ อำเภอมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรียน นาย อธิสอน ล้างขง

ด้วยกลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 11 มีความประสงค์จะจัดจ้าง

ผู้รับจ้างทำงาน ช่างสำรวจสภาพที่ 1 หมู่ 11 ตำบลบ้านคู้ อำเภอมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ในราคาเป็นเงิน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) กำหนดแล้วเสร็จภายใน

วันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบแล้ว หากมีเหตุข่าจรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่หน่วยงาน ภายในกำหนด.....วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุข่าจรุดเสียหายนั้น เกิดจากความบกพร่องของ ผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำไว้มันเรียบร้อย หรือทำไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลักวิชาการ ผู้รับจ้าง จะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ).....ผู้ว่าจ้าง

(นาย อธิสอน ล้างขง)

(ลงชื่อ).....ผู้รับจ้าง

(นาย อธิสอน ล้างขง)

(ลงชื่อ).....พยาน

(นาย อธิสอน ล้างขง)

(ลงชื่อ).....พยาน

(นาย อธิสอน ล้างขง)





แบบตอบรับวิทยากร

โครงการ อบรมเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 19

วันที่ 17-2-65

ณ อาคารเอนกประสงค์ หมู่ 19

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

\*\*\*\*\*

ชื่อ-สกุล วศิวดี อสงสง  
ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต. ทุ่ง  
หน่วยงาน รพ.สต. ทุ่ง  
ที่อยู่ 33 ม.6 ตำบล หนอง อำเภอ เวียง จังหวัด พะเยา  
หมายเลขโทรศัพท์ 0850444217 โทรสาร   
มือถือ 0850444217 อีเมล

- ยินดีเป็นวิทยากร  
 ไม่สามารถเป็นวิทยากร  
เนื่องจาก.....

และส่งผู้แทน ชื่อ-สกุล .....  
ตำแหน่ง .....  
หน่วยงาน .....  
ที่อยู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
หมายเลขโทรศัพท์ ..... โทรสาร .....  
มือถือ ..... อีเมล .....

ลงชื่อ [Signature]  
( วศิวดี อสงสง )  
ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต. ทุ่ง

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19...

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ สภากาชาด

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19

ตามที่ กลุ่ม/ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 ได้ซื้อหรือจ้าง

จิตอาสาสมัครโครงการ...

จาก นาย อธิสิทธิ์ สว่างงาม งบประมาณ 500 บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง เลขที่ 6/65 ลงวันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ) สว่าง งาม กรรมการ (นาง สว่าง งาม)

(ลงชื่อ) ๒๑๐๖๐๖ แสง กรรมการ (นาง เศรษฐศิลป์ แสง)

(ลงชื่อ) รสสุคนธ์ ฤกษ์ กรรมการ (นาง รสสุคนธ์ ฤกษ์)



**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 3 5701 01314 69 8  
 Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาย อินสอน สามหมื่น**  
 Name **Mr. Inson**  
 Last name **Sammuen**  
 เกิดวันที่ **12 ต.ค. 2500**  
 Date of Birth **12 Oct. 1957**

ที่อยู่ **58 หมู่ที่ 19 ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย**  
 จ.เชียงราย  
 12 ก.ค. 2564  
 วันออกบัตร  
 12 Jul. 2021  
 Date of Issue

ตลอดชีพ  
 วันหมดอายุ  
 LIFELONG  
 Date of Expiry **5701-06-07120941**





สำเนาถูกต้อง  
 อินสอน สามหมื่น

BORA-10.8-05-2563



ประเทศไทย  
 THAILAND

ME3-1494398-58

# ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19  
ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 17-2-65

ข้าพเจ้า นาย อีหลือ สิมข่ม บ้านเลขที่ 58 หมู่ที่ 19 ถนน  
ตำบล บ้านดู่ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1 ค่าจ้างรถบรรทุก 1 คัน	500	
รวมเงิน	500	

(ตัวอักษร) นายอวยมัทธวงษ์

(ลงชื่อ) อีหลือ สิมข่ม ผู้รับเงิน  
(นาย อีหลือ สิมข่ม)

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้จ่ายเงิน  
(นาย อ.ธรรม เกลี้ยง)

(ลงชื่อ) [Signature] พยาน  
(นาย อีพร อีเชษฐ)

บันทึกตกลงการจ้าง

เลขที่.....

ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19

ตำบลบ้านคู อำเภอมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรียน คุณ ชัยฉะลย ณีโชนาน

ด้วยกลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 มีความประสงค์จะจัดจ้าง  
ผู้รับจ้างทำงาน แม่เตอรอ เกียรต 1 วิชาไมโครคอมพิวเตอร์ ของมหาวิทยาลัย เชียงราย ได้วิชา 19

ในราคาเป็นเงิน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) กำหนดแล้วเสร็จภายใน  
วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบแล้ว หากมีเหตุข่าจรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่หน่วยงาน  
ภายในกำหนด 1 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุข่าจรุดเสียหายนั้น เกิดจากความบกพร่องของ  
ผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำไว้มันเรียบร้อย หรือทำไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลักวิชาการ ผู้รับจ้าง  
จะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ) ใน ผู้ว่าจ้าง  
(นาย ชมรม ภาสกร)

(ลงชื่อ) ชัยฉะลย ณีโชนาน ผู้รับจ้าง  
(นาย ชัยฉะลย ณีโชนาน)

(ลงชื่อ) ป.อ. พยาน  
(นาง อสมร ณีโชนาน)

(ลงชื่อ) น.ค.อ.ย กองมูม พยาน  
(นาง น.ค.อ.ย กองมูม)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่ 19.....

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ..... เครื่องเสียงพร้อมอุปกรณ์

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19.....

ตามที่ กลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19..... ได้ซื้อหรือจ้าง

รับเครื่องเสียง จำนวน 1 ชิ้น

จาก นาย ชัยวิวัฒน์ มโนชนก.....งบประมาณ..... 500.....บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง เลขที่ ๕/๖๕.....ลงวันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 256๕

นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์

พ.ศ. 2565..... จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ)..... สิริวรรณ มโนชนก..... ประธานกรรมการ  
(นาง สิริวรรณ มโนชนก)

(ลงชื่อ)..... อดิสรณ์ แสงโค..... กรรมการ  
(นาง อดิสรณ์ แสงโค)

(ลงชื่อ)..... รสสุคนธ์ คุณเต็ม..... กรรมการ  
(นางรสสุคนธ์ คุณเต็ม)

# ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 19 - 2 - 65

ข้าพเจ้า นาย ชัยฉัตร มโหฬาร บ้านเลขที่ 123 หมู่ที่ 19 ถนน  
ตำบล บ้านดู่ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ค่าเช่าที่ดิน 1 ไร่	500	
รวมเงิน	500	

(ตัวอักษร) นาย ชัยฉัตร มโหฬาร

(ลงชื่อ) ชัยฉัตร มโหฬาร ผู้รับเงิน  
(นาย ชัยฉัตร มโหฬาร)

(ลงชื่อ) นาย ชัยฉัตร มโหฬาร ผู้จ่ายเงิน  
(นาย ชัยฉัตร มโหฬาร)

(ลงชื่อ) นาย ชัยฉัตร มโหฬาร พยาน  
(นาย ชัยฉัตร มโหฬาร)



**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 5799 00223 54 7

ชื่อและชื่อสกุล นาย ชัชวาลย์ มโนหาญ  
 Name Mr. Chutchawan  
 Last name Manohan

เกิดวันที่ 15 พ.ย. 2531  
 Date of Birth 15 Nov. 1988

ชาย 123 หมู่ที่ 19 ต.บ้านสุข อ.เมืองเชียงใหม่  
 จ.เชียงใหม่  
 8 พ.ค. 2559  
 8 Jan. 2016  
 Date of Issue

14 พ.ค. 2567  
 14 Nov. 2024  
 Date of Expiry

5799-03-01081600



สำเนาจากบัตร  
 นาย ชัชวาลย์ มโนหาญ

BORA-8.3-06



ประเทศไทย  
 THAILAND

JT2-0973438-69



ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่ 19.....

ตำบลบ้านคู อำเภอมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 22 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 .....

เรื่อง ตรวจรับ เอกสาร สรร/ผลการดำเนินงาน.....

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19.....

ตามที่ กลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19..... ได้ซื้อหรือจ้าง

ทำเอกสาร สรร/ผลการดำเนินงาน โครงการชมรมฯ (วิธีในขงสัฎยโคจริต จัหวท 2 ชต.)

จาก น.ส อธิลักษณ์ นวระจัน..... งบประมาณ 300..... บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง เลขที่ 8/65..... ลงวันที่ 20 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 22 เดือน กุมภาพันธ์

พ.ศ. 2565..... จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ)..... สุรวมล อภิไธย..... ประธานกรรมการ  
(นาง สุธิธรรมา มะโนะเรือง)

(ลงชื่อ)..... ๒๐๖๐๖ ๑๑๖๖..... กรรมการ  
(นาง เศรษฐฉวีลย์ แสงใจ)

(ลงชื่อ)..... วรศักดิ์ คุณไฉย..... กรรมการ  
(นาง วรศักดิ์ อุมไฉย)

# ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19

ต.บ้านคู่อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 22-2-65

ข้าพเจ้า น.ส. อัญชลิภรณ์ สารเงิน บ้านเลขที่ 95 หมู่ที่ 13 ถนน  
ตำบล ป่าคอกอห้วย อำเภอ ฝาง จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านคู่อ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ค่าจัดทำเอกสารพิมพ์แจ้งข่าวจำนวน 2 ชุด	300	
รวมเงิน	300	

(ตัวอักษร) กัมพรพร พงษ์พานิช

(ลงชื่อ) อัญชลิภรณ์ สารเงิน ผู้รับเงิน  
(น.ส. อัญชลิภรณ์ สารเงิน)

(ลงชื่อ) กัมพรพร พงษ์พานิช ผู้จ่ายเงิน  
(นาย กัมพรพร พงษ์พานิช)

(ลงชื่อ) กัมพรพร พงษ์พานิช พยาน  
(นาย กัมพรพร พงษ์พานิช)






**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 5299 00417 59 7  
 ชื่อและนามสกุล น.ส. ธัญลักษณ์ สารเงิน  
 Name Miss Thanyalax  
 Last name Sarnggrn  
 เกิดวันที่ 9 มี.ค. 2533  
 Date of Birth 9 Mar. 1990  
 ที่อยู่ 95- หมู่ที่ 13 ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมืองเชียงใหม่  
 จ.เชียงใหม่  
 4 ก.ค. 2560  
 วันออกบัตร 4 Jul. 2017  
 Date of Issue  
  
 (เจ้าพนักงานสอบสวน)  
 เจ้าพนักงานสอบสวน  
 6 มี.ค. 2560  
 วันหมดอายุ 8 Mar. 2020  
 Date of Expiry  
  
 9761-03-07040014

๙๖๘๗๖๕๔๓๒๑๐  
 น.ส. ธัญลักษณ์ สารเงิน

BORA-9.2-04-2560



ประเทศไทย  
 THAILAND

# รูปภาพกิจกรรม โครงการหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19 วันที่ 17/2/65





# รูปภาพกิจกรรม โครงการหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19 วันที่ 17/2/65





# รูปภาพกิจกรรม โครงการหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19 วันที่ 17/2/65



