

☐ สำนักปลัด	
☐ กองคลัง	
☐ กองช่าง	
☐ กองการไฟฟ้า	
☒ กองการช่าง	
☐ ตรวจสอบภายใน	

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

เทศบาลตำบลบ้านดู่	
เลขที่	2090
วันที่	14 มี.ค. 2565
เวลา	9.41 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 อสม. หมู่ที่ 19

ประจำปีงบประมาณ 2565 ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่ และได้แนบหลักฐานพร้อมกับรายงานผลการดำเนินงานโครงการ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลบ้านดู่

ขอแสดงความนับถือ

อสม. น.19 สภ.เทศบาลตำบลบ้านดู่

อสม. น.19 สภ.เทศบาลตำบลบ้านดู่

2565 รับงบอุดหนุนส่งเสริมสุขภาพ

ศึกษาโครงการ

วันที่ 14/3/65

(นางอัมพร งามกลาง)

ตำแหน่ง ศึกษานิเทศก์ อสม. หมู่ที่ 19

ให้ตรวจสอบรวมไว้เพื่อประกอบการพิจารณา

ทนายความ

วันที่ 14/3/65

นางสาววิมล งามกลาง

14 มี.ค. 2565

นายอัมพร งามกลาง

15 มี.ค. 65

(นายอัมพร งามกลาง)
ปลัดเทศบาลตำบลบ้านดู่

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพฯ (สำหรับผู้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดและลงนาม
ดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ สัมมนา 19

๑. ผลการดำเนินงาน

เพื่อได้งบประมาณในแผนงาน 2 ระยะ 6 เดือน และควบคุมโรคโควิด 19 แล้วมี
การพัฒนาระบบในชุมชน ในระดับท้องถิ่น ตามจุดนำทาง 6 เดือน 6 เดือน
ระดม 6 เดือน 6 เดือน 19 ได้ถูกวิธีต่อไป

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- ☒ บรรลุตามวัตถุประสงค์
☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม _____ คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ
งบประมาณเบิกจ่ายจริง
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ

1,160

บาท

1,160

บาท

คิดเป็นร้อยละ

บาท

คิดเป็นร้อยละ

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ☒ ไม่มี
☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

สำเนาถูกต้อง

Shan 120

(นางสาวสิรินดา ขวัญ)

พจนานุกรมศัพท์งานวิชาการ

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อ

Dr. Shan

ผู้รายงาน

(นาง อธิพร อภิรัตน์)

ตำแหน่ง

นางสาว อธิพร อภิรัตน์

วันที่-เดือน-พ.ศ.

11-3-63

สรุปแบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม
โครงการ... อบรม ทักษะชีวิตวิถีชีวิต 19

วันที่ 14 ก.พ. 2565

ณ อาคาร 60 พรรษารัตนโกสินทร์ ชั้น 19 ²/_{พ.ค.}

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>—</u>	คน คิดเป็นร้อยละ <u>—</u>
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน <u>—</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>65</u>	คน คิดเป็นร้อยละ <u>81.25</u>

๒. ความสามารถในการกระบวนการอบรม

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน <u>—</u>	คน คิดเป็นร้อยละ <u>—</u>
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน <u>—</u>	คน คิดเป็นร้อยละ <u>—</u>
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน <u>—</u>	คน คิดเป็นร้อยละ <u>—</u>
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน <u>10</u>	คน คิดเป็นร้อยละ <u>12.5</u>
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน <u>70</u>	คน คิดเป็นร้อยละ <u>87.5</u>

๓. การเชื่อมโยงเนื้อหาในการฝึกอบรม

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

๔. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม

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

๕. การใช้เวลาตามที่กำหนดไว้

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	คน	คิดเป็นร้อยละ
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	คน	คิดเป็นร้อยละ
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	คน	คิดเป็นร้อยละ
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน 5	คน	คิดเป็นร้อยละ 6.25
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน 15	คน	คิดเป็นร้อยละ 18.75

๖. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน 7	คน	คิดเป็นร้อยละ 7
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน 7	คน	คิดเป็นร้อยละ 7
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน 7	คน	คิดเป็นร้อยละ 7
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน 7	คน	คิดเป็นร้อยละ 7
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน 80	คน	คิดเป็นร้อยละ 100

ด้านสถานที่/ระยะเวลา/อาหาร

๑. สถานที่สะอาดและมีความเหมาะสม

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	คน	คิดเป็นร้อยละ
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	คน	คิดเป็นร้อยละ
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	คน	คิดเป็นร้อยละ
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน 65	คน	คิดเป็นร้อยละ 81.25
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน 15	คน	คิดเป็นร้อยละ 18.75

๒. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์

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

๓. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม

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

๔. อาหาร มีความเหมาะสม

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

ด้านความรู้ความเข้าใจ

๑. ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ ก่อน การอบรม

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

๒. ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ หลัง การอบรม

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

ด้านการนำความรู้ไปใช้

๑. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้

ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	จำนวน	คน	คิดเป็นร้อยละ
ระดับความพึงพอใจน้อย	จำนวน	คน	คิดเป็นร้อยละ
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	จำนวน	คน	คิดเป็นร้อยละ
ระดับความพึงพอใจมาก	จำนวน <u>10</u>	คน	คิดเป็นร้อยละ <u>12.5</u>
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	จำนวน <u>70</u>	คน	คิดเป็นร้อยละ <u>87.5</u>

๒. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้

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

๓. คาดว่าสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้

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

ตอนที่ ๓ ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม

สรุปจากการทำแบบประเมินความพึงพอใจ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100
ระดับความพึงพอใจปานกลาง คิดเป็นร้อยละ

สรุปแบบประเมินความรู้ ก่อน อบรม คิดเป็นร้อยละ 68.00
สรุปแบบประเมินความรู้ หลัง อบรม คิดเป็นร้อยละ 97.00

☒ กองการฝึก
☒ กองการแผนงาน
☐ กองการช่าง
☐ กองการช่าง
☐ กองการช่าง

เทศบาลตำบลบ้านดู่
 เลขที่รับ 8124
 วันที่ 03 มี.ค. 2564
 ที่ทำการ...
 เวลา... 10.00 น.
 ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย 57100

วันที่ 3 ธันวาคม 2564

เลขที่รับ 0181
 วันที่ 3 มี.ค. 2564
 เวลา 10.45 น.

เรื่อง ส่งโครงการเพื่อขอรับเงินสนับสนุนงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการฯ

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ เทศบาลตำบลบ้านดู่ ได้เข้าร่วมโครงการ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงราย (สปสช.) โดยให้หน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชนอื่นๆ ในพื้นที่ ได้ดำเนินตามแผนงานหรือโครงการ/กิจกรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคให้แก่สมาชิกหรือประชาชนในพื้นที่ นั้น

ดังนั้น ด.สช. ม. 19 ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จึงได้ส่งโครงการ... โครงการ : โครงการ... ส.สช. 19

เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการต่อไป

สำเนาถูกต้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

วันที่ ๐๖/๑๒

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลบ้านดู่

(นางสาวสิรินาถยา วงศ์वाल)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ด.สช. ม. 19 ส่งโครงการ... ส.สช. 19
ปร.ค่าปีงบประมาณ 2565...
เพื่อโปรดพิจารณา
ก.ค.ค.

ขอแสดงความนับถือ

(นาย... ..)
ตำแหน่ง... ..

เก็บเอกสารเข้าแฟ้มประวัติ...

วันที่ ๐๖/๑๒
 (นางสาวสิรินาถยา วงศ์वाल)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 3 มี.ค. 2564

เรียน นายกเทศมนตรี

(นาย... ..)
 ปลัดเทศบาลตำบลบ้านดู่
 7/12/64

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒ 181 8458

(นายพัฒน์พงษ์ โพธิ์เกิด)
 นายกเทศมนตรีตำบลบ้านดู่

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 และเพื่อเป็นการป้องกันไม่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองลดลง ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีความตระหนัก และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตามระยะการผ่อนคลายตามมาตรการของทางราชการ รวมถึงเกิดพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จึงได้จัดทำโครงการอบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19 เพื่อขอรับการสนับสนุนจากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่ ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมภายใต้โครงการที่ขอรับสนับสนุนจะต้องปฏิบัติตามมาตรการของส่วนราชการกำหนด ซึ่งปัจจุบันได้มีการผ่อนคลายมาตรการเพื่อให้ประชาชน และทุกภาคส่วนสามารถดำเนินกิจกรรมและใช้ชีวิตได้ตามรูปแบบ New Normal ได้อย่างเหมาะสมการดำเนินงานและกิจกรรมที่จะเกิดขึ้น จึงมีการปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรการดังกล่าวต่อไป

สำเนาถูกต้อง

วันที่ ๑๖

(นางสาวสิริมาตยา วงศ์वाल)

แบบวิถีใหม่ชำนาญการ

1. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านมีระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19
2. เพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะแกนนำในชุมชนในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ
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

อาคารเอนกประสงค์บ้านหนองบึง 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 (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยหกสิบบาทถ้วน)

* หมายเหตุ งบประมาณสามารถถัวเฉลี่ยได้ตามความเหมาะสม

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนในหมู่บ้านมีระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในระดับหมู่บ้าน
2. แกนนำในชุมชนมีความรู้และพัฒนาทักษะในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแบบวิถีใหม่ และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในหมู่บ้านได้

8. การติดตามและประเมินผล

1. ประชาชนได้มีการตระหนักและรับรู้วิธีการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19
2. ประชาชนรู้จักป้องกันตนเองได้มากยิ่งขึ้น

สำเนาถูกต้อง

30/10/2020

(นางสาวสิรินาถยา วงศ์वाल)
พยานาวิชาชีพชำนาญการ

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

นาง นง

(นางสาวสิรินาถยา วงศ์वास)
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)..... ๐๕๖ . 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 หิมา

(นางสาวสิรินาถยา 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/พัฒนาบุคลากร
- ☐ ๔. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์
- ☐ ๕. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ)

สำเนาถูกต้อง

31/11/2560

(นางสาวสิรินาถยา วงศ์वाल)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

☐ ๘.๔.๑๐ กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ)

- ☐ ๑. อื่น ๆ (ระบุ)

ลงชื่อ

ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นาย นพ.ดร. เกดชัย)

ตำแหน่ง 2/5-5/5 ๑ ๓๖ ๖๖/ 19

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อบท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)
ตามมติการประชุมคณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่ ครั้งที่ / ๒๕๖๕
เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

☒ งบประมาณที่เสนอ จำนวน 28410 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

สมน ๐๖๒

(นางสาวสิรินาถยา วงศ์วาท)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บันทึกข้อตกลง
การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลตำบลบ้านดู่

เขียนที่ กองทุนฯ

วันที่ 28 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนฯ ระหว่าง อสม. หมู่ 19 โดย **นายบุญธรรม เกลัย** 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 ยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมโดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างใด

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 3 5701 01314 94 9

ชื่อและชื่อสกุล นาย บุญธรรม เกล็ด
 First name Mr. Boontham
 Last name Palai
 เกิดวันที่ 13 มี.ค. 2506
 Date of Birth 13 Mar. 1963
 ศาสนา พุทธ

อายุ 64 หมู่ที่ 19 ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย
 จ.เชียงราย
 1 มี.ค. 2569
 วันออกบัตร
 12 มี.ค. 2024
 (จากที่ออกบัตร)
 วันที่ออกบัตร

12 มี.ค. 2567
 วันบัตรหมดอายุ
 12 Mar. 2024
 Date of expiry

5799-02-03011031



ข้าพเจ้าขอ
 รับ
 บุญธรรม เกล็ด

BORA-7.2-01-2559



ประเทศไทย
 THAILAND

173-0890262-25



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 6302 00387 89 7

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย วันชัย ไฉ่แพร่



Name Mr. Wanchai

Last name Jaiprae

เกิดวันที่ 15 พ.ย. 2507

Date of Birth 15 Nov. 1964

ที่อยู่ หมู่ที่ 19 ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย

จ.เชียงราย

8 ส.ค. 2563

วันออกบัตร

8 Dec. 2020

Date of Issue

(นายอนุวัฒน์ จงจิระ)
เจ้าพนักงานออกบัตร

14 พ.ย. 2572

วันหมดอายุ

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.เมืองเชียงราย

จ.เชียงราย

4 ก.พ. 2559

วันออกบัตร

4 Feb. 2016

Date of Issue

รศ.คำมกร ใจ

(เจ้าพนักงานออกบัตร)

เจ้าพนักงานออกบัตร

5 ก.พ. 2567

วันบัตรหมดอายุ

5 Feb. 2024

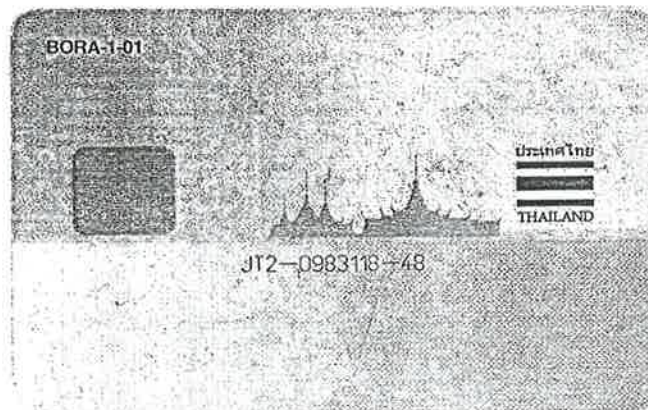
Date of Expiry



5799-02-02041013

สำเนาถูกต้อง

นางบัวลอย กองบุญ



ใบสำคัญรับเงิน

วันที่

๙ ก.พ. 2565

ข้าพเจ้า กลุ่ม อสม.บ้านหนองบึง 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)

ลงชื่อผู้รับเงิน

(นายบุญธรรม เกลี้ยง)

ลงชื่อผู้รับเงิน

(นางบัวลอย กองบุญ)

ลงชื่อผู้รับเงิน

(นายวันชัย ใจแพร่)

ลงชื่อผู้จ่ายเงิน

(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 ทำรั้วไผ่จริง ขนาด 1 x 2 เมตร รั้วโครงกร อมรม ชมรมพหุวิ
สุริยไผ่จริง 19 จำนวน 1 ฟัน

ในราคาเป็นเงิน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน) กำหนดแล้วเสร็จภายใน
วันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบหมายงานแล้ว หากมีเหตุชำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่
หน่วยงานภายในกำหนด 1 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุชำรุดเสียหายนั้น เกิดจากความ
บกพร่องของผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำไว้ไม่เรียบร้อย หรือทำไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลัก
วิชาการ ผู้รับจ้างจะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ) 22 ผู้ว่าจ้าง

(นาย บวรธรรม เกลี้ยง)

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้รับจ้าง

(นาย ปรีชา จงใจ)

(ลงชื่อ) อ. อ พยาน

(นาย อัมพร มโนธรรม)

(ลงชื่อ) น.ว. คอย กองมู พยาน

(นาย น.ว. คอย กองมู)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19

ตำบลบ้านตู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ... มีผล 6 ข้อ

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19.....

ตามที่ กลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 ได้ซื้อหรือจ้าง

ทำบัตร 1 ใบ มี 1 x 2 เมตร จำนวน 1 ใบ

จาก นาย ธีรพร จิตเมฆ

งบประมาณ.....3๐๐

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

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ) ... ประธานกรรมการ
(นางสาว ลลิตรา มิ่งเมือง)

(ลงชื่อ).....กรรมการ
(นาง ดร.อริยา แสงศิริ)

(ลงชื่อ)..... รศ.ดร.นพ. คุณไผ่ยา..... กรรมการ
(นายรศ.ดร.นพ. คุณไผ่ยา.....)

(१७०५२२६७६ २१/६/२३/०)

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 14-2-65

ข้าพเจ้า นาย ธีรภัทร จิตเลห์ บ้านเลขที่ 188 หมู่ที่ 10 ถนน.....
ตำบล บ้านดู่ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย
ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ค่าทำไร่ ไถนาล - หนวด 1 x 2 ไร่	300	
รวมเงิน	300	

(ตัวอักษร) ลิ่มรอดย มาทกหน

(ลงชื่อ)  ผู้รับเงิน
(นาย ธีรภัทร จิตเลห์)

(ลงชื่อ)  ผู้จ่ายเงิน
(นาย ธีรภัทร จิตเลห์)

(ลงชื่อ)  พยาน
(นาย ธีรภัทร จิตเลห์)



ทะเบียนเลขที่ 3570101301812
คำขอที่ 5751549001039(เดิม)
558/2552

แบบ พค.0403

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์
ใบทะเบียนพาณิชย์
ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า

นายปรีชา จันเลน

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

ทำไม

เขียนเป็นอักษรโรมัน

ชนิดแห่งพาณิชย์กิจ

- จำหน่ายและรับทำกรอบรูปทุกชนิด
- จำหน่ายและรับทำสติ๊กเกอร์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโฆษณา ป้ายผ้าไว้นิตทุกชนิด

ที่ตั้งสำนักงานแห่งใหญ่

เลขที่ 124 หมู่ที่ 3 ตรอก/ซอย ถนน พหลโยธิน
ตำบล/แขวง บ้านคู อำเภอดำรงวิทยะปาล์ม จังหวัด เชียงราย

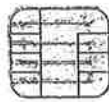
ออกให้ ณ วันที่ 27 สิงหาคม 2552





บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 5701 01301 81 2

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.บ้านค้อ อ.เมืองเชียงราย

จ.เชียงราย

3 พ.ย. 2562

วันออกบัตร

3 Nov. 2019

Date of Issue

(นายแพทย์ จงใจ)
เจ้าพนักงานออกบัตร

3 พ.ย. 2570

วันบัตรหมดอายุ

3 Nov. 2027

Date of Expiry



5701-02-11031056

สำเนาถูกต้อง

2/5/2567 จช.ลพ.๒๖

ขอขอบคุณท่านที่อุดหนุน
Thank You For Your Kind Attention



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 มีความประสงค์จะจ้าง
ผู้รับจ้างทำงาน ทำแผนผังตารางรถเก็บมูลสัตว์ไล่จิ้งจอก จำนวน 80 แผ่น ละ 3 บาท 5x80 = 400 บาท
ทำแบบแปลนโรงเรือนกบ-ตะกิ้งชมรมจำนวน 80 แผ่น ละ 2 บาท 2x80 = 160 บาท
ในราคาเป็นเงิน 560 บาท (๕๖๐ จากเงินบาท) กำหนดแล้วเสร็จภายใน
วันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบหมายงานแล้ว หากมีเหตุชำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่
หน่วยงานภายในกำหนด 1 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุชำรุดเสียหายนั้น เกิดจากความ
บกพร่องของผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำไว้ไม่เรียบร้อย หรือทำไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลัก
วิชาการ ผู้รับจ้างจะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น] ผู้ว่าจ้าง
(ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข)

(ลงชื่อ) อัครวิทย์ สารเย็น ผู้รับจ้าง
(อ.อ.อัครวิทย์ สารเย็น)

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น] พยาน
(นาง อรุณ วัฒนา)

(ลงชื่อ) นวลน้อย กองมู พยาน
(นาง นวลน้อย กองมู)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19...

ตำบลบ้านคู้ อำเภอมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ แผ่นพิมพ์ + แม่พิมพ์โรงการ

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19...

ตามที่ กลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 ได้ซื้อหรือจ้าง
ทำแผ่นพิมพ์ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อจาก แม่พิมพ์โรงการ + แม่พิมพ์ + แม่พิมพ์
จาก สส อภิสิทธิ์ สารมิ่ง งบประมาณ 560 บาท

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

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

(ลงชื่อ) สุวรรณี นามะ ประธานกรรมการ
(นางสุวรรณี นามะ)

(ลงชื่อ) สุวรรณี นามะ กรรมการ
(นางสุวรรณี นามะ)

(ลงชื่อ) รสสุคนธ์ อมพันธ์ กรรมการ
(นางรสสุคนธ์ อมพันธ์)

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19.

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 15-2-65

ข้าพเจ้า พ.ส. อัญญณ์ สารเงิน บ้านเลขที่ 99 หมู่ที่ 19 ถนน.....
ตำบล บ้านดู่ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1. ค่าทำแพะพันตามวัดป่าแก้ว กิมโรตโตวัดจำทอง 80 แดง	400	
2. ค่าทำแม่ประเพณี กอพนมรม - หลิมมรม	160	
รวมเงิน	560	

(ตัวอักษร) ๒๒ ๒
นาย รอย/นาง สืบมาทาส

(ลงชื่อ) อัญญณ์ สารเงิน ผู้รับเงิน
(พ.ส. อัญญณ์ สารเงิน)

(ลงชื่อ) ๒๒ ผู้จ่ายเงิน
(นาย รอย/นาง สืบมาทาส)

(ลงชื่อ) ๐ ๐ พยาน
(นาย สอน ๐ สอน)


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 5299 00417 59 7
 ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ธัญลักษณ์ สารเงิน
 Name Miss Thanyalak
 Last name Sarngrn
 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
 (ผู้ถือบัตร ผู้ลงทะเบียน)
 เจ้าหน้าที่งานเอกสาร
 5 มี.ค. 2569
 วันบัตรหมดอายุ 5 Mar. 2028
 Date of Expiry

 8761-01-07040914

ล้ำหน้าสุด ๓๐๖
 น.ส. ธัญลักษณ์ สารเงิน

BORA-9.2-04-2560



ประเทศไทย
 THAILAND

เลขที่ ๐๙

ที่อยู่: ม.บ้านดง อ.บ้านดง จ.บุรีรัมย์

[illegible]

(ตัวอักษร) $(\frac{L}{L} \text{ นกอินทรี } \frac{2}{2})$

ผู้รับเงิน รร.ส. อัญมณีภัณฑ์ ๗๕๕๖๓๘.

ต้องรู้

ป้องกัน ไวรัส โควิด-19

(COVID-19)

ใครบ้างที่เฝ้าโอกาสติดเชื้อ

ทุกคนมีสิทธิ์จะติดเชื้อได้เหมือนกัน เพราะเป็นโรคอุบัติใหม่ ทุกคนจึงยังไม่รู้กันเท่ากันเท่ากันต่อโรคนี้ไม่พว่ะเป็นเด็ก หรือผู้ใหญ่ที่มีร่างกายแข็งแรง โดยผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงจะมี ความรุนแรงของโรคน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมากหรือมีโรคประจำตัวร่วมด้วย



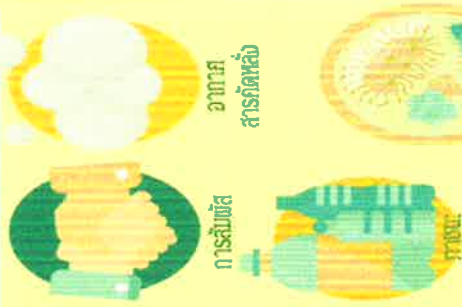
COVID-19

สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ช่องทางใด

ส่วนใหญ่แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ผ่านทางละอองเสมหะ จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย และสารคัดหลั่ง

อาการของโรค

อาการทั่วไป ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นจนพูดไม่ได้ ลิ้นไม่รับรส ในกรณีมีอาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต



ป้องกันตนเองอย่างไร

หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้มีอาการป่วย ที่ในระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร หลีกเลี่ยง การสัมผัสผิวบริเวณตา จมูก และปาก โดยไม่ได้ล้างมือ ควรล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำ และสบู่ แอลกอฮอล์ล้างมือ 70% สวมหน้ากากอนามัย หากมีไข้ ไอ หายใจลำบาก ให้ไปพบ แพทย์ทันที และแจ้งประวัติการเดินทาง



วิธีการป้องกัน

1. เมื่อมีอาการผิดปกติอยู่บริเวณที่สาธารณะ โดย น้ำมูกไหล เหนื่อยหอบ เจ็บคอ
2. เลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่นในบริเวณ
3. ใช้กระดาษทิชชูเช็ดมือทุกครั้ง และล้างมือในน้ำสบู่
4. ระมัดระวังไม่ให้มือสัมผัสกับตา จมูก และปาก
5. ควรล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำสบู่ หรือแอลกอฮอล์ล้างมือ
6. สวมหน้ากาก
7. หลีกเลี่ยงการไปในที่แออัด
8. เมื่อมีอาการไอหรือจามให้ปิดปากและจมูก
9. หากมีอาการผิดปกติรีบไปพบแพทย์ทันที

รวม 7 สิ่ง...

...ที่ไวรัสโควิด-19 กลัว !!

1. UV หรือแสงแดด
2. อากาศถ่ายเท
3. อุณหภูมิสูงเกิน 56 องศาเซลเซียส
4. บำรุงเชื้อ คลอรีน
5. แอลกอฮอล์ 75%
6. การล้างมือบ่อยๆ



วิธีสังเกตอาการ

หากได้รับเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผู้ป่วยจะมีอาการ การหายใจลำบากใน 1-14 วัน (2 สัปดาห์) หลังจากได้รับเชื้อ โดยอาการแรกๆ จะเป็นการไอ มีไข้ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย และ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หากมีอาการเหล่านี้ ควรเฝ้าระวังตัวเอง และ หากมีอาการรุนแรงขึ้น ควรไปพบแพทย์ทันที



มีไข้



ไอ



เจ็บคอ



หอบเหนื่อย

หากมีอาการดังกล่าวพบแพทย์ทันที !
ด้วยการปรึกษาแพทย์



แบบประเมิน หลัง เข้ารับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 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		✓
2	วิธีสังเกตอาการ ผู้ป่วยเริ่มจะแสดงอาการภายใน 1-14 วัน หลังจากได้รับเชื้อโดยอาการเริ่มแรกจะมีอาการมีไข้ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจหอบเหนื่อยเป็นต้น	✓	
3	การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์ สามารถป้องกัน (โรคโควิด 19) ได้หรือไม่		✓
4	วิธีป้องกันโควิด 19 ที่ถูกต้องทำอย่างไร ๔ ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ให้สะอาดล้างส้นฝ่ามือในฝ่ามือเพราะอาจติดเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	✓	
5	ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว คือ ผู้ป่วยโควิด 19 กลุ่มที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย มีไข้ต่ำ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่รับกลิ่น ลิ้นไม่รู้สึก ตาแดง ผื่น ถ่ายเหลว หายใจปกติไม่เหนื่อย เป็นต้น	✓	
6	หากมีผู้ร่วมงานติดเชื้อโควิดโดยไม่ทราบและได้มีการสัมผัสมาประชุมกันจะติดเชื้อหรือไม่	✓	
7	การติดต่อของ โรคโควิด 19 ติดต่อได้อย่างไร ๔ มือที่สัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อแล้วไปป้ายที่เยื่อตา เยื่อจมูกปาก และเยื่อช่องปาก ทางเดินอาหาร และการหายใจเอาละอองที่ผู้ติดเชื้อไอจาม ๔	✓	
8	ใส่หน้ากากอนามัย N 95 ช่วยป้องกันโรคโควิด 19 ได้ 100 % หรือไม่	✓	
9	เวลาไปซื้ออาหารหรือยาควรสวมหน้ากากก่อนออกจากบ้านและพยายามอยู่ห่างจากผู้อื่นเป็นระยะ 2 เมตร		
10	รวม 7 สิ่งที่ ไวรัสโควิด 19 กลัว ๔ ** UV หรือแสงแดด**อากาศถ่ายเท**อุณหภูมิสูงเกิน 56 องศาเซลเซียส**ยาฆ่าเชื้อคลอรีน**แอลกอฮอล์ 75 % **การล้างมือบ่อยๆ**ภูมิคุ้มกันที่ดีของมนุษย์๔	✓	

บันทึกข้อตกลงซื้อขาย

เลขที่.....

ชุมชน/กลุ่ม/ชมรม อสม. หมู่ที่ 19

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรียน ร.ร.หจก.ตาสา ส้มป่น

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

จากผู้ขายตามรายการดังนี้

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

ตัวอักษร หากพบสีรอยบาทแล้ว

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

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

(ลงชื่อ) นาย มนุธรรม เกตุชัย ผู้ซื้อ

(ลงชื่อ) นาย สัมพันธ์ ผู้ขาย

(ลงชื่อ) นาย อภิสิทธิ์ มณีรัตน์ พยาน

(ลงชื่อ) นาย วิมลยศ กองบุญ พยาน

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่...19.....

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเขียงราย จังหวัดเขียงราย

วันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ.....ชุดตรวจ ATK พร้อมอุปกรณ์

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19.....

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

କଟକ ମହାନଦୀ ATK ବାହାରେ ୫୦ ଟନ.

จาก.....๑๕๐.๖๗๗๕/๑.....บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อขายหรือจ้าง เลขที่ 3165 ลงวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
 นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์

พ.ศ. 2565..... จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ
(นางสาวลิขิตรา มณีพรหม)

(ลงชื่อ) 1๐๑๐๐๐ ๑๑๑/๖ กรรมการ
(นางสาว ดร.ฉวี ๑๑๑/๖)

(ลงชื่อ)..... ทศพรณ์ ดมผัดยงกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.โอฬาร)

ใบสำคัญรับเงิน

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

วันที่ 14-2-65

ข้าพเจ้า หน่อสื หนาทยา สิมปาน บ้านเลขที่ 222 หมู่ที่ 2 ถนน
ตำบล ดอยลาว อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านคู้ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ค่าวัสดุ ATK จำนวน 80 ชุด ละ 80 บาท	6400	
รวมเงิน	6400	

(ตัวอักษร) จากพื้นที่ ๑๒ ๒
จากพื้นที่ ๑๒ ๒

(ลงชื่อ) หนาทยา สิมปาน ผู้รับเงิน
(หน่อสื หนาทยา สิมปาน)

(ลงชื่อ) หน่อสื ผู้จ่ายเงิน
(หน่อสื หนาทยา สิมปาน)

(ลงชื่อ) หน่อสื พยาน
(หน่อสื หนาทยา สิมปาน)


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

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

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


 (นายแพทย์ จงจิ๋ว)
 เจ้าพนักงานแลกรบัตร

14 ต.ค. 2572
 วันบัตรหมดอายุ
 14 Oct. 2028
 Date of Expiry


 5701-03-01061438

ลีนะหาจากต๋อง
 นัตยา สมปาน

BORA-10.8-02-2563



ประเทศไทย
 THAILAND

ME3--1431535--56

[illegible]

เลขที่...๐๑๒

บิลเงินสด**CASH SALE**

Customer
 ที่ลง... ๑. ๒๒/๐๙ ๑. ๒๕๕๓๗๕.

Date _____

Address

จำนวน Quantity	รายการ Description	หน่วยละ Unit Price	จำนวนเงิน Amount
80 ชิ้น	ชุดตรวจ ATK	80	6400 -
			}
ออกใบเสร็จรับเงิน 2		รวมเงิน Total	6400

ผู้รับเงิน พ.ส. นาทยา สิงพาน

Saleman's Re

ชุดตรวจ 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... มีความประสงค์จะจ้าง

ผู้รับจ้างทำงาน... อาสารักษาโรค 1 มอ. 50 บาท จำนวน 80 คน 80 X 50 = 4000 บาท

อาสารักษาโรค 2 มอ. 20 บาท X 80 X 2 = 3200 บาท

ในราคาเป็นเงิน 7200 บาท (เจ็ดพันสองร้อยบาทถ้วน) กำหนดแล้วเสร็จภายใน

วันที่...15...เดือน...กุมภาพันธ์...พ.ศ. 2565...

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบหมายงานแล้ว หากมีเหตุชำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่
หน่วยงานภายในกำหนด...1.....วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุชำรุดเสียหายนั้น เกิดจากความ
บกพร่องของผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำให้ไม่เรียบร้อย หรือทำให้ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลัก
วิชาการ ผู้รับจ้างจะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ).....ผู้ว่าจ้าง

(นาย ชัยธรรม เกตุชัย)

(ลงชื่อ).....ผู้รับจ้าง

(นาย จมพล โพธิ์จวบ)

(ลงชื่อ).....พยาน

(นาง อิศรา ชื่นชื่น)

(ลงชื่อ).....พยาน

(นาง นวลอย กองมู)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19..

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ อาหารกลางวัน + อาหารว่าง

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19

ตามที่ กลุ่ม/ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 ได้ซื้อหรือจ้าง

อาหารกลางวัน + อาหารว่าง

จาก บริษัท จมพล ใจทวี

งบประมาณ 7,200 บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง เลขที่ 4/65 ลงวันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์

พ.ศ. 2565 จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ) สว่าง ใจทวี ประธานกรรมการ
(นางสาว สว่าง ใจทวี)

(ลงชื่อ) อดิสร ใจทวี กรรมการ
(นางสาว อดิสร ใจทวี)

(ลงชื่อ) รสสุคนธ์ ใจทวี กรรมการ
(นางรสสุคนธ์ ใจทวี)

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่.....

ต.บ้านดู่ อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 14-2-65

ข้าพเจ้า นาย อมพล โพธิ์รอด บ้านเลขที่ 135 หมู่ที่ 11 ถนน
ตำบล บ้านดู่ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่..... เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1. ค่าอาหารกลางวัน 1 มื้อ 250 บาท 50x80 2	4000	
2. ค่าอาหารว่าง 2 มื้อ 20 บาท 80x2 2	3200	
รวมเงิน	7200	

(ตัวอักษร) เจ็ดพัน สองร้อย บาท

(ลงชื่อ) อมพล โพธิ์รอด ผู้รับเงิน
(นาย อมพล โพธิ์รอด)

(ลงชื่อ) นาย ผู้จ่ายเงิน
(นาย นพคุณ เกลี้ยง)

(ลงชื่อ) นาย พยาน
(นาย อุดมกร มั่นหมาย)

รายชื่อผู้เข้าร่วม โครงการ อบรรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19

วันที่ 17/2/65

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

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	บ้านเลขที่	ลายเซ็น	อุณหภูมิ	เบอร์โทร
1	ทองอติพร วัฒนาน	123		36.3	088-0338609
2	ทองอติพร ทองนุช	36	จัน	36.8	084-4061522
3	นาง สอรรถ งามกลาง	52	สอรรถ	36.1	0967842276
4	นาย ก้อง งามกลาง	360	ก้อง	35.8	0945040260
5	นาง วิมลศรี งามกลาง	360	วิมลศรี	36.1	-
6	นาง วิมลศรี งามกลาง	10	วิมลศรี	35.6	0832563721
7	นาง น้า งามกลาง	315	นาง น้า	35.7	-
8	นาง น้า งามกลาง	71	นาง น้า	35.5	0850377820
9	นาง น้า งามกลาง	76	นาง น้า	35.3	095-6764888
10	นาง น้า งามกลาง	118	นาง น้า	35.8	0850294803
11	นาง น้า งามกลาง	76	นาง น้า	35.8	-
12	นาง น้า งามกลาง	333	นาง น้า	36.3	088-2670949
13	นาง น้า งามกลาง	31.7	นาง น้า	36.4	-
14	นาง น้า งามกลาง	5	นาง น้า	36.1	0814612100
15	นาง น้า งามกลาง	122	นาง น้า	36.2	0829257650
16	นาง น้า งามกลาง	104	นาง น้า	36.4	0613598135
17	นาง น้า งามกลาง	48/1	นาง น้า	36.0	0620234115
18	นาง น้า งามกลาง	53	นาง น้า	36.3	0844444444
18	นาง น้า งามกลาง	74	นาง น้า	36.2	0813966029
20	นาง น้า งามกลาง	56	นาง น้า	36.1	0931521882
21	นาง น้า งามกลาง	81	นาง น้า	36.3	-
22	นาง น้า งามกลาง	341	นาง น้า	36.3	-
23	นาง น้า งามกลาง	332	นาง น้า	35.2	-
25	นาง น้า งามกลาง	86	นาง น้า	36.0	0804936719
26	นาง น้า งามกลาง	108	นาง น้า	36	0814236229
27	นาง น้า งามกลาง	86	นาง น้า	36.1	0853219010
28	นาง น้า งามกลาง	314	นาง น้า	35.2	-

รายชื่อผู้เข้าร่วม โครงการ อบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19

วันที่ 17/2/65

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

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	บ้านเลขที่	ลายเซ็น	อุณหภูมิ	เบอร์โทร
1	นางวัลลภ กอหมื่น	84	วัลลภ	36.5	091-8525984
2	นางสาวนงค์ วัฒน	342	นงค์	36.0	
3	นาง รสสนันท์ คุปเสียว	91	รส	36.5	0909837094
4	นาง ลานันท์ ขอดดี	39	ลานันท์	35.6	0843132053
5	นางธนันต์ชัย ลานนั้ง	54	ธนันต์ชัย	36.0	0875795135
6	นางสาว นันทิยา	315	นันทิยา	35.8	0813667009
7	นางสาววิภา วัฒน	344	วิภา	35.2	
8	วิมล อดทน		วิมล-อดทน		
9	นางสาว นันทิยา	138	นันทิยา	36.2	
10	นางสาว คุปเสียว	332	คุปเสียว	36.2	094-107422
11	นันทิยา อดทน	332	นันทิยา	35.8	
12	นางสาววิภา วัฒน	64	วิภา	35.4	0821818458
13	นางสาววิภา วัฒน	384	วิภา	35.5	
14	นางสาววิภา วัฒน	198	วิภา	36.3	
15	นางสาววิภา วัฒน	72	วิภา	35.4	
16	นางสาววิภา วัฒน	43	วิภา	36.2	
17	นางสาววิภา วัฒน	99	วิภา	36.0	
18	นางสาววิภา วัฒน	108	วิภา	35.4	
18	นางสาววิภา วัฒน	119	วิภา	36.1	
20	นางสาววิภา วัฒน	70	วิภา	35.4	
21	นางสาววิภา วัฒน	328	วิภา	36.8	
22	นางสาววิภา วัฒน	140	วิภา	35.8	
23	นางสาววิภา วัฒน	92	วิภา	36.2	
25	นางสาววิภา วัฒน	84	วิภา	36.1	087-1811574
26	นางสาววิภา วัฒน	370	วิภา	35.2	098-5892650
27	นางสาววิภา วัฒน	318	วิภา	35.8	
28	นางสาววิภา วัฒน	64	วิภา	36.2	090-6758820

รายชื่อผู้เข้าร่วม โครงการ อบรมหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19

วันที่ 17/2/65

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

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	บ้านเลขที่	ลายเซ็นต์	อุณหภูมิ	เบอร์โทร
1	น.ศ. สุนทร สอนสน	58	สุนทร	35.4	
2	นาง เจนจิรา ใจบุญ	44	เจนจิรา	36.1	
3	น.ศ. ทิพย์วรรณ สอนสน	68	ทิพย์วรรณ	36.0	
4	นายมารุต กองมณ	37	มารุต	36.2	
5	สมชาย ใจเย็น	3	สมชาย	35.9	093 2638210
6	น.ส. ภาณี มะลิซ้อน	41	ภาณี	36.1	
7	นายจำลอง ประจักษ์สิทธิ์	341	จำลอง	36.2	087-6591649
8	นาง สมนันท์ ใจเย็น	218	สมนันท์	35.9	
9	เกรียงศักดิ์ ใจเย็น	45	เกรียงศักดิ์	36.1	062 9380463
10	นางอรพัสกร ประจักษ์สิทธิ์	341	อรพัสกร	35.9	086-1819738
11	ก้องเกียรติ แสงอรุณ	81	ก้องเกียรติ	36.1	096 7911283
12	นายมนต์ ใจเย็น	349	มนต์	36.2	080 2943882
13	นาง ไฉลา เพชรพยอม	144	ไฉลา	35.8	-
14	นายพอล ใจเย็น	46	พอล	36.1	-
15	นายบุญเมือง ใจเย็น	47	บุญเมือง	36.4	087-7272492
16	นาง นน ใจเย็น	322	นาง นน	35.5	-
17	บุญมี ใจเย็น	38	บุญมี	35.9	-
18	นายอินสงค์ ใจเย็น	322	อินสงค์	36.1	-
18	นางวิมลฉัตร ใจเย็น	250	วิมลฉัตร	36.2	0841883248
20	น.ศ. อัจฉิมา ใจเย็น	53	อัจฉิมา	36.1	098-1446946
21	น.ส. สรียา ใจเย็น	118	สรียา	35.8	0613243495
22	นางจันทร์ทิพย์ ใจเย็น	38	จันทร์ทิพย์	36.2	086-1939509
23	น.ส. รุจิรา ใจเย็น	86	รุจิรา	36.1	
25					
26					
27					
28					


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

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาย จุมพล โพธิวงศ์**
 Name **Mr. Jumpon**
 Last name **Potiwong**
 เกิดวันที่ **18 พ.ค. 2508**
 Date of Birth **18 May 1965**

ที่อยู่ **135 หมู่ที่ 11 ต.บ้านคู้ อ.เมืองเชียงราย**
 จ.เชียงราย
 26 ก.ค. 2559
 วันออกบัตร **26 Jul. 2016**
 Date of Issue

วัยชราภาพ **17 พ.ค. 2568**
 (ลูกติด บิดและแม่) **17 May 2025**
 เจ้าพนักงานออกบัตร Date of Expiry

5701-03-07260915



BORA-7.2-04-2559



ประเทศไทย
 THAILAND

UT3-104342-32

จุมพล โพธิวงศ์
 (นายจุมพล)

อาหารกลางวัน 17/2/65



อาหารว่างรอบเช้า 17/2/65



อาหารว่างรอบบ่าย 17/2/65



ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19

ต.บ้านคู่อ.เมืองเชียงราย จ.เชียงราย

วันที่ 14-2-65

ข้าพเจ้า พรพิรพ ดงมา

บ้านเลขที่ 33

หมู่ที่ 4

ถนน

ตำบล เวียง

อำเภอ

เวียง

จังหวัด

เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านคู ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ค่า มอ.ทท.วิทยากร 5 ชม. $400 \times 5 =$	2000	
รวมเงิน	2000	

(ตัวอักษร) สองพันบาทถ้วน

(ลงชื่อ)



ผู้รับเงิน

(พรพิรพ ดงมา)

(ลงชื่อ)



ผู้จ่ายเงิน

(นายสมบุญธรรม เกดชัย)

(ลงชื่อ)



พยาน

(นายสมบุญธรรม เกดชัย)

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 5701 00370 96 9

ชื่อและนามสกุล นาย พิภพ ดวงมา
Name Mr. Piphop
Last name Doungma
เกิดวันที่ 1 เม.ย. 2516
Date of Birth 1 Apr 1973

อายุ 33 ปี วันที่ 4 ต.ค. 2549 หมดอายุ
จ.เชียงราย
17 เม.ย. 2561
วันออกบัตร 17 Aug 2018
Date of Issue

31 เม.ย. 2570
วันบัตรหมดอายุ 31 Oct 2027
Date of Expiry

5709-02-05171235

สำเนาถูกต้อง



(นายพิภพ ดวงมา)

วิทยาการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคโควิด 19 วันที่ 17/2/65



บันทึกตกลงการจ้าง

เลขที่.....

ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่.....

ตำบลบ้านคู อำเภอมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรียน ร.พ. อีโบล่า ลามซอ

ด้วยกลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 มีความประสงค์จะจ้าง
ผู้รับจ้างทำงาน ค่าจ้างรถจักรยานยนต์ 1 คัน โดยกรมฯ ขอเช่าในวิทยาลัยโกลด์ 19

ในราคาเป็นเงิน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) กำหนดแล้วเสร็จภายใน
วันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบแล้ว หากมีเหตุขำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่หน่วยงาน
ภายในกำหนด.....วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุขำรุดเสียหายนั้น เกิดจากความบกพร่องของ
ผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำไว้มือเรียบร้อย หรือทำไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลักวิชาการ ผู้รับจ้าง
จะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ) นาย อ. น. อ. น. อ. น. ผู้ว่าจ้าง
(นาย อ. น. อ. น. อ. น.)

(ลงชื่อ) อ. น. อ. น. อ. น. ผู้รับจ้าง
(นาย อ. น. อ. น. อ. น.)

(ลงชื่อ) นาย อ. น. อ. น. อ. น. พยาน
(นาย อ. น. อ. น. อ. น.)

(ลงชื่อ) นาย อ. น. อ. น. อ. น. พยาน
(นาย อ. น. อ. น. อ. น.)

รพ.สต.บ้านดู่

เลขรับ: 144

วันที่ 14 ก.พ. 66

เวลา 14.48

เขียนที่ สหย. ส.ล.ม.ช. หมู่ที่ 19

ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565

เรื่อง ขอเชิญเป็นวิทยากรโครงการ อบรมพัฒนาวิสัยทัศน์องค์กร 19

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดู่

ด้วย กลุ่ม อสม.

หมู่ 19

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ได้กำหนดจัด โครงการ อบรมพัฒนาวิสัยทัศน์องค์กร 19

ในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 09.00 น.

ณ อาคารหอประชุมโรงเรียน หมู่ที่ 19

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ทาง กลุ่ม อสม. หมู่ที่ 19

เห็นว่าท่านเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในการดำเนินการ จึงขอเชิญ

ตำแหน่ง เป็นวิทยากร ในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา

09.00 น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นางอริสรา อธิพานิช)

ตำแหน่ง เลขาฯ กส อสม. หมู่ 19

สำเนาถูกต้อง

เรียน ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านดู่

✓ เพื่อโปรดทราบ

เห็นควรมอบ.....ดำเนินการ

(ใน: ส.ท.พ.ร.ร. - จ.ท.ร.ค.)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี





นายพิภพ ดวงมา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดู่

นายพิภพ ดวงมา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดู่

แบบตอบรับวิทยากร
โครงการ อบรมพัฒนาศักยภาพครูผู้สอน 19
วันที่ 17-2-65

ณ อาคารเอนกประสงค์ หมู่ 19
ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ชื่อ-สกุล วศินธร ดอนง
ตำแหน่ง ผอ.อ.ส.บ.บ.บ.
หน่วยงาน อ.บ.บ.บ.บ.บ.
ที่อยู่ 3321 ตำบล บ.บ.บ. อำเภอ บ.บ. จังหวัด บ.บ.
หมายเลขโทรศัพท์ 085044217 โทรสาร
มือถือ อีเมล



ยินดีเป็นวิทยากร



ไม่สามารถเป็นวิทยากร

เนื่องจาก.....

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

ลงชื่อ

(วศินธร ดอนง)

ตำแหน่ง ผอ.อ.ส.บ.บ.บ.

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19...

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ ฉันทนา

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19

ตามที่ กลุ่ม/ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19

จัดกิจกรรม

ได้ซื้อหรือจ้าง

จาก นาง อธิษฐ์ สว่าง

งบประมาณ 500

บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง เลขที่ 6/65

ลงวันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

นั้น

บัดนี้ผู้รับจ้าง/ผู้ขายได้ส่งมอบงาน/พัสดุเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 19 เดือน กุมภาพันธ์

พ.ศ. 2565 จึงสมควรจ่ายเงินให้กับผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ) สุวิมล สว่าง ประธานกรรมการ
(นาง อธิษฐ์ สว่าง)

(ลงชื่อ) อรรถวิทย์ แสง กรรมการ
(นาย อรรถวิทย์ แสง)

(ลงชื่อ) รสสุคนธ์ อม กรรมการ
(นาย รสสุคนธ์ อม)

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

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


(นายอินสอน จงจิระ)
เจ้าพนักงานออกบัตร


ตลอดชีพ
วันบัตรหมดอายุ
LIFELONG
Date of Expiry 5701-06-07120941

150
140
130

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 อินสอน สามีพันธ์

บ้านเลขที่ 58 หมู่ที่ 19 ถนน

ตำบล บ้านดู่ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1 ค่าบำรุงสถานที่ 1 ไร่	500	
รวมเงิน	500	

(ตัวอักษร) นายอินสอน สามีพันธ์

(ลงชื่อ) อินสอน สามีพันธ์ ผู้รับเงิน
(นาย อินสอน สามีพันธ์)

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้จ่ายเงิน
(นาย ขุนธรรม เกตุย)

(ลงชื่อ) [Signature] พยาน
(นาย อิศร สอนะกุล)

บันทึกตกลงการจ้าง

เลขที่.....

ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรียน ร.พ. ธีรวิทย์ อโชนาน

ด้วยกลุ่ม/ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 มีความประสงค์จะจ้าง
ผู้รับจ้างทำงาน รับตรวจเก็บ 1 วันที่โครงการอบรม ของรพ. ธีรวิทย์ อโชนาน 19

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

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบแล้ว หากมีเหตุชำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่หน่วยงาน
ภายในกำหนด 1 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุชำรุดเสียหายนั้น เกิดจากความบกพร่องของ
ผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำไว้ไม่เรียบร้อย หรือทำไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลักวิชาการ ผู้รับจ้าง
จะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ) ธีร ผู้ว่าจ้าง
(นาย น.น.น.น. น.น.น.)

(ลงชื่อ) ธีรวิทย์ อโชนาน ผู้รับจ้าง
(นาย ธีรวิทย์ อโชนาน)

(ลงชื่อ) ธีร พยาน
(นาย ธีรวิทย์ อโชนาน)

(ลงชื่อ) น.น.น.น. น.น.น. พยาน
(นาย น.น.น.น. น.น.น.)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่ 19.....

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ตรวจรับ.....
เครื่องเล่นพวงมาลัย ๑๒/กบ

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19.....

ตามที่ กลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 ได้ซื้อหรือจ้าง

เครื่องเล่นพวงมาลัย จำนวน 1 คัน

จาก นาย ชัยวัฒน์ มโนบาล.....งบประมาณ 500.....บาท

ตามบันทึกข้อตกลงซื้อหรือจ้าง เลขที่ ๒/๖๕ ลงวันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
นั้น

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

(ลงชื่อ).....
(นาง สิริวรรณ มโนบาล)

(ลงชื่อ).....
(นาง สิริวรรณ มโนบาล)

(ลงชื่อ).....
(นาง สิริวรรณ มโนบาล)

ใบสำคัญรับเงิน

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

วันที่ 19 - 2 - 65

ข้าพเจ้า นาย ชัยสิทธิ์ มโหธารม บ้านเลขที่ 123 หมู่ที่ 19 ถนน
ตำบล บ้านดู่ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านดู่ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1 ค่าเช่าที่ดิน 1 ไร่	500	
รวมเงิน	500	

(ตัวอักษร) นาย ชัยสิทธิ์ มโหธารม

(ลงชื่อ) ชัยสิทธิ์ มโหธารม ผู้รับเงิน
(นาย ชัยสิทธิ์ มโหธารม)

(ลงชื่อ) [Signature] ผู้จ่ายเงิน
(นาย ชัยสิทธิ์ มโหธารม)

(ลงชื่อ) [Signature] พยาน
(นาย ชัยสิทธิ์ มโหธารม)

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

ชื่อและนามสกุล นาย ชัชวาลย์ มโนหาญ
 Name Mr. Chutchewan
 Last name Manohan

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

ศาสนา อิสลาม

เลข 123 หมู่ที่ 15 ต.บ้านใหม่ อ.เมืองเชียงใหม่
 จ.เชียงใหม่
 8 พ.ค. 2559
 8 Jan. 2016
 Date of Issue

วันที่หมดอายุ 14 พ.ย. 2557
 14 Nov. 2024
 Date of Expiry

5799-03-01081600

สำเนาถูกต้อง
 นาย ชัชวาลย์ มโนหาญ

BORA-8.3-06



ประเทศไทย
 THAILAND

JT2-C973438-69

บันทึกตกลงการจ้าง

เลขที่.....

ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19,

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 20 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรียน คุณ อธิสิทธิ์ สารเอื้อ

ด้วยกลุ่ม/ ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19 มีความประสงค์จะจ้าง
ผู้รับจ้างทำงาน รับ/ผลการดำเนินงาน โครงการ ชมรม ชุมชนมาช่วยกันดูแลสุขภาพจิต
จำนวน 2 คน

ในราคาเป็นเงิน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน) กำหนดแล้วเสร็จภายใน
วันที่ 22 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างได้รับมอบแล้ว หากมีเหตุขำรุดเสียหายเกิดขึ้น แก่หน่วยงาน
ภายในกำหนด.....1.....วัน นับถัดจากวันที่ได้รับมอบงาน ซึ่งเหตุขำรุดเสียหายนั้น เกิดจากความบกพร่องของ
ผู้รับจ้าง การใช้วัสดุไม่ถูกต้องหรือทำไว้มันเรียบร้อย หรือทำไม่ถูกต้องตามมาตรฐานแห่งหลักวิชาการ ผู้รับจ้าง
จะต้องรีบแก้ไขให้เรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น] ผู้ว่าจ้าง
(นาย ชุมพร เกตุชัย)

(ลงชื่อ) อธิสิทธิ์ สารเอื้อ ผู้รับจ้าง
(นาง อธิสิทธิ์ สารเอื้อ)

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น] พยาน
(นาง อธิสิทธิ์ สารเอื้อ)

(ลงชื่อ) นวลอย กองบุญ พยาน
(นาง นวลอย กองบุญ)

ใบตรวจรับพัสดุหรือการจ้าง

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมู่ที่ 19....

ตำบลบ้านคู อำเภอมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วันที่ 22 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 .

เรื่อง ตรวจรับ เอกสาร วิธ/ผลการดำเนินงาน

เรียน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 19.....

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

ทำเอกสาร วิธ/ผลการดำเนินงาน โครงการชมรมแม่ข่ายวิสาหกิจชุมชนโคกวิเศษ จังหวัด 2 ชต.

จาก...ร.ส วิสาหกิจ สว่างเงิน.....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) สุวัฒน์ อ.ไธรัตน์.....ประธานกรรมการ
(นางสุธรรม มะโนเรือง)

(ลงชื่อ) อดิสร แสนใจ.....กรรมการ
(นางเศรษฐิณี แสนใจ)

(ลงชื่อ) รสศตมธ อุดมชัย.....กรรมการ
(นางรสศตมธ อุดมชัย)

ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19
ต.บ้านคู อ.เมืองเขียงราย จ.เขียงราย

วันที่ 22-2-65

ข้าพเจ้า พ.ศ. อธิวัฒน์ สารเงิน บ้านเลขที่ 95 หมู่ที่ 13 ถนน
ตำบล ป่าค้อเหนือ อำเภอ เขียงราย จังหวัด เขียงราย

ได้รับเงินจาก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หมู่ที่ 19 เทศบาลตำบลบ้านคู ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ค่าจัดทำเอกสารดำเนิห์งานจำนวน 2 ชุด	300	
รวมเงิน	300	

(ตัวอักษร) นายอรอน นาทนาค

(ลงชื่อ) อธิวัฒน์ สารเงิน ผู้รับเงิน
(พ.ศ. อธิวัฒน์ สารเงิน)

(ลงชื่อ) นายอรอน นาทนาค ผู้จ่ายเงิน
(นายอรอน นาทนาค)

(ลงชื่อ) นายอรอน นาทนาค พยาน
(นายอรอน นาทนาค)

เล่มที่...2.....

บิลเงินสด

เลขที่ ๐๑๓....

ร้านบ้านดู่ก็อปปี

129/3 หมู่ 3 ตำบลบ้านคู้ อ.เมือง จ.เชียงราย โทร 086-4621792

ถ่ายเอกสาร สี - ขาวดำ เลเซอร์ พิมพ์ปรี้นส์ งาน สี-ขาว

รับทำ ; เมนูอาหาร บัณฑิตฯ สติ๊กเกอร์ติดงานชั่วคราว สิ่งพิมพ์ทั่วไป ฯลฯ

จำหน่าย ; เครื่องเขียน กระดาษ หนังสือสัญญา ฯลฯ

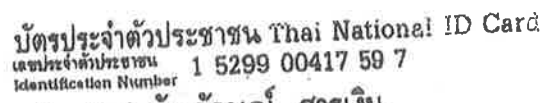
นาม กฤษณ์ อธิษฐ์ 19 วันที่ 22-2-65

ที่อยู่: ต.นาหว้า อ.นาหว้า จ.บึงกาฬ

[illegible]

(ตัวอักษร) (.....) ¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ ⁹ ¹⁰ ¹¹ ¹² ¹³ ¹⁴ ¹⁵ ¹⁶ ¹⁷ ¹⁸ ¹⁹ ²⁰ ²¹ ²² ²³ ²⁴ ²⁵ ²⁶ ²⁷ ²⁸ ²⁹ ³⁰ ³¹ ³² ³³ ³⁴ ³⁵ ³⁶ ³⁷ ³⁸ ³⁹ ⁴⁰ ⁴¹ ⁴² ⁴³ ⁴⁴ ⁴⁵ ⁴⁶ ⁴⁷ ⁴⁸ ⁴⁹ ⁵⁰ ⁵¹ ⁵² ⁵³ ⁵⁴ ⁵⁵ ⁵⁶ ⁵⁷ ⁵⁸ ⁵⁹ ⁶⁰ ⁶¹ ⁶² ⁶³ ⁶⁴ ⁶⁵ ⁶⁶ ⁶⁷ ⁶⁸ ⁶⁹ ⁷⁰ ⁷¹ ⁷² ⁷³ ⁷⁴ ⁷⁵ ⁷⁶ ⁷⁷ ⁷⁸ ⁷⁹ ⁸⁰ ⁸¹ ⁸² ⁸³ ⁸⁴ ⁸⁵ ⁸⁶ ⁸⁷ ⁸⁸ ⁸⁹ ⁹⁰ ⁹¹ ⁹² ⁹³ ⁹⁴ ⁹⁵ ⁹⁶ ⁹⁷ ⁹⁸ ⁹⁹ ¹⁰⁰ ¹⁰¹ ¹⁰² ¹⁰³ ¹⁰⁴ ¹⁰⁵ ¹⁰⁶ ¹⁰⁷ ¹⁰⁸ ¹⁰⁹ ¹¹⁰ ¹¹¹ ¹¹² ¹¹³ ¹¹⁴ ¹¹⁵ ¹¹⁶ ¹¹⁷ ¹¹⁸ ¹¹⁹ ¹²⁰ ¹²¹ ¹²² ¹²³ ¹²⁴ ¹²⁵ ¹²⁶ ¹²⁷ ¹²⁸ ¹²⁹ ¹³⁰ ¹³¹ ¹³² ¹³³ ¹³⁴ ¹³⁵ ¹³⁶ ¹³⁷ ¹³⁸ ¹³⁹ ¹⁴⁰ ¹⁴¹ ¹⁴² ¹⁴³ ¹⁴⁴ ¹⁴⁵ ¹⁴⁶ ¹⁴⁷ ¹⁴⁸ ¹⁴⁹ ¹⁵⁰ ¹⁵¹ ¹⁵² ¹⁵³ ¹⁵⁴ ¹⁵⁵ ¹⁵⁶ ¹⁵⁷ ¹⁵⁸ ¹⁵⁹ ¹⁶⁰ ¹⁶¹ ¹⁶² ¹⁶³ ¹⁶⁴ ¹⁶⁵ ¹⁶⁶ ¹⁶⁷ ¹⁶⁸ ¹⁶⁹ ¹⁷⁰ ¹⁷¹ ¹⁷² ¹⁷³ ¹⁷⁴ ¹⁷⁵ ¹⁷⁶ ¹⁷⁷ ¹⁷⁸ ¹⁷⁹ ¹⁸⁰ ¹⁸¹ ¹⁸² ¹⁸³ ¹⁸⁴ ¹⁸⁵ ¹⁸⁶ ¹⁸⁷ ¹⁸⁸ ¹⁸⁹ ¹⁹⁰ ¹⁹¹ ¹⁹² ¹⁹³ ¹⁹⁴ ¹⁹⁵ ¹⁹⁶ ¹⁹⁷ ¹⁹⁸ ¹⁹⁹ ²⁰⁰ ²⁰¹ ²⁰² ²⁰³ ²⁰⁴ ²⁰⁵ ²⁰⁶ ²⁰⁷ ²⁰⁸ ²⁰⁹ ²¹⁰ ²¹¹ ²¹² ²¹³ ²¹⁴ ²¹⁵ ²¹⁶ ²¹⁷ ²¹⁸ ²¹⁹ ²²⁰ ²²¹ ²²² ²²³ ²²⁴ ²²⁵ ²²⁶ ²²⁷ ²²⁸ ²²⁹ ²³⁰ ²³¹ ²³² ²³³ ²³⁴ ²³⁵ ²³⁶ ²³⁷ ²³⁸ ²³⁹ ²⁴⁰ ²⁴¹ ²⁴² ²⁴³ ²⁴⁴ ²⁴⁵ ²⁴⁶ ²⁴⁷ ²⁴⁸ ²⁴⁹ ²⁵⁰ ²⁵¹ ²⁵² ²⁵³ ²⁵⁴ ²⁵⁵ ²⁵⁶ ²⁵⁷ ²⁵⁸ ²⁵⁹ ²⁶⁰ ²⁶¹ ²⁶² ²⁶³ ²⁶⁴ ²⁶⁵ ²⁶⁶ ²⁶⁷ ²⁶⁸ ²⁶⁹ ²⁷⁰ ²⁷¹ ²⁷² ²⁷³ ²⁷⁴ ²⁷⁵ ²⁷⁶ ²⁷⁷ ²⁷⁸ ²⁷⁹ ²⁸⁰ ²⁸¹ ²⁸² ²⁸³ ²⁸⁴ ²⁸⁵ ²⁸⁶ ²⁸⁷ ²⁸⁸ ²⁸⁹ ²⁹⁰ ²⁹¹ ²⁹² ²⁹³ ²⁹⁴ ²⁹⁵ ²⁹⁶ ²⁹⁷ ²⁹⁸ ²⁹⁹ ³⁰⁰ ³⁰¹ ³⁰² ³⁰³ ³⁰⁴ ³⁰⁵ ³⁰⁶ ³⁰⁷ ³⁰⁸ ³⁰⁹ ³¹⁰ ³¹¹ ³¹² ³¹³ ³¹⁴ ³¹⁵ ³¹⁶ ³¹⁷ ³¹⁸ ³¹⁹ ³²⁰ ³²¹ ³²² ³²³ ³²⁴ ³²⁵ ³²⁶ ³²⁷ ³²⁸ ³²⁹ ³³⁰ ³³¹ ³³² ³³³ ³³⁴ ³³⁵ ³³⁶ ³³⁷ ³³⁸ ³³⁹ ³⁴⁰ ³⁴¹ ³⁴² ³⁴³ ³⁴⁴ ³⁴⁵ ³⁴⁶ ³⁴⁷ ³⁴⁸ ³⁴⁹ ³⁵⁰ ³⁵¹ ³⁵² ³⁵³ ³⁵⁴ ³⁵⁵ ³⁵⁶ ³⁵⁷ ³⁵⁸ ³⁵⁹ ³⁶⁰ ³⁶¹ ³⁶² ³⁶³ ³⁶⁴ ³⁶⁵ ³⁶⁶ ³⁶⁷ ³⁶⁸ ³⁶⁹ ³⁷⁰ ³⁷¹ ³⁷² ³⁷³ ³⁷⁴ ³⁷⁵ ³⁷⁶ ³⁷⁷ ³⁷⁸ ³⁷⁹ ³⁸⁰ ³⁸¹ ³⁸² ³⁸³ ³⁸⁴ ³⁸⁵ ³⁸⁶ ³⁸⁷ ³⁸⁸ ³⁸⁹ ³⁹⁰ ³⁹¹ ³⁹² ³⁹³ ³⁹⁴ ³⁹⁵ ³⁹⁶ ³⁹⁷ ³⁹⁸ ³⁹⁹ ⁴⁰⁰ ⁴⁰¹ ⁴⁰² ⁴⁰³ ⁴⁰⁴ ⁴⁰⁵ ⁴⁰⁶ ⁴⁰⁷ ⁴⁰⁸ ⁴⁰⁹ ⁴¹⁰ ⁴¹¹ ⁴¹² ⁴¹³ ⁴¹⁴ ⁴¹⁵ ⁴¹⁶ ⁴¹⁷ ⁴¹⁸ ⁴¹⁹ ⁴²⁰ ⁴²¹ ⁴²² ⁴²³ ⁴²⁴ ⁴²⁵ ⁴²⁶ ⁴²⁷ ⁴²⁸ ⁴²⁹ ⁴³⁰ ⁴³¹ ⁴³² ⁴³³ ⁴³⁴ ⁴³⁵ ⁴³⁶ ⁴³⁷ ⁴³⁸ ⁴³⁹ ⁴⁴⁰ ⁴⁴¹ ⁴⁴² ⁴⁴³ ⁴⁴⁴ ⁴⁴⁵ ⁴⁴⁶ ⁴⁴⁷ ⁴⁴⁸ ⁴⁴⁹ ⁴⁵⁰ ⁴⁵¹ ⁴⁵² ⁴⁵³ ⁴⁵⁴ ⁴⁵⁵ ⁴⁵⁶ ⁴⁵⁷ ⁴⁵⁸ ⁴⁵⁹ ⁴⁶⁰ ⁴⁶¹ ⁴⁶² ⁴⁶³ ⁴⁶⁴ ⁴⁶⁵ ⁴⁶⁶

ผู้รับเงิน: จ. ชัยลักษณ์ สารบอห์



เลขประจำตัวประชาชน 1 5299 00417 59 7
Identification Number

คณะเศรษฐ. น.ส. ธัญลักษณ์ สารงน

Name Miss Thanyalax

Last name **Serningr**

เกิดวันที่ 9 มี.ค. 2533

Date of Birth 9 Mar. 1990

ข้อ 95. หมู่ที่ 13 ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมืองเชียงราย

จ. เชียงราย

4 ก.ค. 2560

..วิบูลย์ศักดิ์
..1. 101. 2017

4, Jul, 2017
Date of Issue


 (เจ้าพนักงานออกบัตร)
 เจ้าพนักงานออกบัตร

๕ ฎ.ค. ๒๕๖๑

รับประทรมหาอำนาจ
๒๕-๖-๒๕๖๕

8 Mar. 2020
Date of Expiry



6761-02-37040914

2
 2016-07-01

พ.ฉ. ธีรภัทร สารอิน

BORA-9.2-04-2580



ประเทศไทย
THAILAND

รูปภาพกิจกรรม โครงการหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19 วันที่ 17/2/65



รูปภาพกิจกรรม โครงการหมู่บ้านวิถีใหม่สู้ภัยโควิด 19 วันที่ 17/2/65



