**แบบแผนสรุปแผนการดำเนินงาน โครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสถาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ…………………….**

🞏**หน่วยบริการสาธารณสุข** ………………………………………………… 🞏**หน่วยงาน/กลุ่มประชาชน/ชมรม** ………………………………………………… 🞏 **ศูนย์ฯ** ………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อโครงการ** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **กิจกรรมและรายละเอียดค่าใช้จ่าย** | **งบประมาณ** | **ระยะเวลาดำเนินการ** | **หมายเหตุ** |
|  |   | **วิธีดำเนินการ/กิจกรรม****รายละเอียดค่าใช้จ่าย** 1.ค่า .......... จำนวน ......... หน่วย ๆ ละ ......... บาทรวมทั้งสิ้น …………… บาท |  | **ระยะเวลาดำเนินการ****สถานที่ดำเนินงาน** | **วัตถุประสงค์ของโครงการ****ผลที่คาดว่าจะได้รับ** |
| **ผู้เสนอโครงการ (ผู้เขียน) .................................................... ผู้อนุมัติโครงการ (หัวหน้าหน่วยงาน) ....................................................** **เบอร์โทรศัพท์ ................................................** |