**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 ......... บาท  รวมทั้งสิ้น …………… บาท |  | **ระยะเวลาดำเนินการ**  **สถานที่ดำเนินงาน** | **วัตถุประสงค์ของโครงการ**  **ผลที่คาดว่าจะได้รับ** |
| **ผู้เสนอโครงการ (ผู้เขียน) .................................................... ผู้อนุมัติโครงการ (หัวหน้าหน่วยงาน) ....................................................** **เบอร์โทรศัพท์ ................................................** | | | | | |