**แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒** *(ระดับ รพ.สต.)*

**๑. ชื่อโครงการ:** .........................................................................................................................................................................................................................................

**2. ความสำคัญ หลักการและเหตุผล**........................................................................................................................................................................................................

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

**3.หน่วยงานรับผิดชอบ.** .......................................................................................................................................................................................................................

**4 รายละเอียดกิจกรรมโครงการ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แผนงาน** | | | | **แผนเงิน** | | | | ตัวชี้วัด ผลสำเร็จของโครงการ | ผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าโครงการ |
| **วัตถุประสงค์** | **กิจกรรมหลัก** | **เป้าหมาย/จำนวน** | **ระยะเวลา** | **รายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ** | **งบประมาณรวม (บาท)** | **ระยะเวลาเบิกจ่าย** | **แหล่งงบ**  **ประมาณ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| รวมเป็นเงิน ...................... บาท (.................................................................................)  หมายเหตุ สามารถถัวเฉลี่ยได้ทุกรายการทั้งจำนวนคนและจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติ | | | | |  |  |  |  |  |

**5. ลงนาม**

ลงชื่อ.......................................ผู้เสนอโครงการ ลงชื่อ.......................................ผู้เห็นชอบโครงการ ลงชื่อ...........................................ผู้เห็นชอบโครงการ

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

ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอ ตำแหน่ง รอง นพ.สสจ. ที่ได้รับมอบหมาย

ลงชื่อ...........................................ผู้อนุมัติโครงการ

( นายประวิตร ศรีบุญรัตน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์