

แบบฟอร์มแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑. แผนงาน
๒. ชื่อโครงการ:
๓. กลุ่มงานรับผิดชอบ
๔. ความสำคัญ หลักการและเหตุผล
-
-
-

๖. ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ แผนงาน ตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข

ประเภท	ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์	ความเชื่อมโยงกระทรวงสาธารณสุข (Excellence)
ชื่อยุทธศาสตร์(Excellence)		
ชื่อแผน		
โครงการ		
ตัวชี้วัด		

๗. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

๗.๑ ผลผลิต	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๗.๒ ผลลัพธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๗.๓ ผลกระทบ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย

๗ รายละเอียดกิจกรรมโครงการ

แผนงาน				แผนเงิน				ตัวชี้วัด ผลสำเร็จของโครงการ	ผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าโครงการ
วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/จำนวน	ระยะเวลา	รายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ	งบประมาณรวม (บาท)	ระยะเวลาเบิกจ่าย	แหล่งงบประมาณ		
รวมเป็นเงิน					บาท (.....)				
หมายเหตุ สามารถถัวเฉลี่ยได้ทุกรายการทั้งจำนวนคนและจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติ									

๘. ลงนาม

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
 (.....) หัวหน้ากลุ่มงาน
 ตำแหน่ง

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
 (.....)
 ตำแหน่ง

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
 (นายประวิตร ศรีบุญรัตน์)
 ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
 (.....)
 ผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์ /รองฯ ที่ได้รับมอบหมาย

๑. แผนงาน
๒. ชื่อโครงการ:
๓. หน่วยงานรับผิดชอบ
๔. ความสำคัญ หลักการและเหตุผล
-
-
-

๖. ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ แผนงาน ตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข

ประเภท	ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์	ความเชื่อมโยงกระทรวงสาธารณสุข (Excellence)
ชื่อยุทธศาสตร์(Excellence)		
ชื่อแผน		
โครงการ		
ตัวชี้วัด		

๗. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

๗.๑ ผลผลิต	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๗.๒ ผลลัพธ์	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๗.๓ ผลกระทบ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย

๗ รายละเอียดกิจกรรมโครงการ

แผนงาน				แผนเงิน				ตัวชี้วัด ผลสำเร็จของโครงการ	ผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าโครงการ
วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/จำนวน	ระยะเวลา	รายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ	งบประมาณรวม (บาท)	ระยะเวลาเบิกจ่าย	แหล่งงบประมาณ		
รวมเป็นเงิน									
หมายเหตุ สามารถถัวเฉลี่ยได้ทุกรายการทั้งจำนวนคนและจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติ									

๘. ลงนาม

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

()

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

()

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ

(.....) รองนพ.สสจ.ผู้ได้รับมอบหมาย

ตำแหน่ง

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ

(นายประวิตร ศรีบุญรัตน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ระดับ รพ.)

๑. แผนงาน

๒. ชื่อโครงการ:

๓. ความสำคัญ หลักการและเหตุผล.....

๔. หน่วยงานรับผิดชอบ.

๕ รายละเอียดกิจกรรมโครงการ

แผนงาน				แผนเงิน				ตัวชี้วัด ผลสำเร็จของโครงการ	ผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าโครงการ
วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/จำนวน	ระยะเวลา	รายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ	งบประมาณรวม (บาท)	ระยะเวลาเบิกจ่าย	แหล่งงบประมาณ		
รวมเป็นเงิน									
หมายเหตุ สามารถถัวเฉลี่ยได้ทุกรายการทั้งจำนวนคนและจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติ									

๖. ลงนาม

ลงชื่อ.....ผู้เขียนโครงการ
() ผู้เขียนหรือหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย
ตำแหน่ง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
()
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
(.....)
ตำแหน่ง รองนพ.สสจ. ผู้ได้รับมอบหมาย

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
(นายประวิตร ศรีบุญรัตน์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ระดับ สสอ.)

๑. แผนงาน

๒. ชื่อโครงการ:

๓. ความสำคัญ หลักการและเหตุผล.....

๔. หน่วยงานรับผิดชอบ.

๕. รายละเอียดกิจกรรมโครงการ

แผนงาน				แผนเงิน				ตัวชี้วัด ผลสำเร็จของโครงการ	ผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าโครงการ
วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/จำนวน	ระยะเวลา	รายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ	งบประมาณรวม (บาท)	ระยะเวลาเบิกจ่าย	แหล่งงบประมาณ		
รวมเป็นเงิน									
หมายเหตุ สามารถถัวเฉลี่ยได้ทุกรายการทั้งจำนวนคนและจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติ									

๗. ลงนาม

ลงชื่อ.....ผู้เขียนโครงการ

()

ตำแหน่ง

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

()

ตำแหน่ง **สาธารณสุขอำเภอ**

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ

()

ตำแหน่ง **รองนพ.สสจ.ผู้ได้รับมอบหมาย**

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ

(นายประวิตร ศรีบุญรัตน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ระดับ รพ.สต.)

๑. แผนงาน
๒. ชื่อโครงการ:
๓. ความสำคัญ หลักการและเหตุผล.....
.....
๔. หน่วยงานรับผิดชอบ.
- ๕ รายละเอียดกิจกรรมโครงการ

แผนงาน				แผนเงิน				ตัวชี้วัด ผลสำเร็จของโครงการ	ผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าโครงการ
วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/จำนวน	ระยะเวลา	รายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ	งบประมาณรวม (บาท)	ระยะเวลาเบิกจ่าย	แหล่งงบประมาณ		
รวมเป็นเงิน									
หมายเหตุ สามารถถัวเฉลี่ยได้ทุกรายการทั้งจำนวนคนและจำนวนเงินที่ได้รับอนุมัติ									

๖. ลงนาม

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
()
ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
()
ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
(.....)
ตำแหน่ง รอง นพ.สสจ. ที่ได้รับมอบหมาย

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
(นายประวิตร ศรีบุญรัตน์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

