



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ... กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสอยดาว จันทบุรี โทร... ๐-๓๙๓๙-๑๓๙๖-๗ ต่อ ๑๑๕

ที่... จบ ๐๑๓๒.๓๐๕/๕๑๗ วันที่... ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๐

เรื่อง... ขออนุมัติโครงการและขออนุมัติจัดอบรมตามโครงการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ด้วยงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสอยดาว ได้จัดโครงการอบรมเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบ CKD ในโรงพยาบาล และรพ.สต.และอสม. สอยดาว ปี ๒๐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอย เพื่อเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบงาน CKD และบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอสอยดาว ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในชุมชนและพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานบริการในชุมชน ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเฉพาะทางได้อย่างรวดเร็วทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดโครงการครั้งนี้ ใช้งบเงินบำรุงของโรงพยาบาลสอยดาว จำนวน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) และได้กำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานตามโครงการฯ ในเดือน เมษายน ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม ๑ โรงพยาบาลสอยดาว อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี

ในการนี้ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสอยดาว จึงขอส่งโครงการฯ ดังกล่าว เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติโครงการและขออนุมัติจัดอบรมตามโครงการฯ และให้เจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดลงนาม

๑.อนุมัติโครงการ

๒.อนุมัติจัดอบรมตามโครงการ

(นายชัชวาล โกโค)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว

โครงการ (ตัวหนา และลงท้ายด้วย ปี ทุกครั้ง)

1. ชื่อโครงการ โครงการ.....

2. หลักการและเหตุผล
.....

3. วัตถุประสงค์ของโครงการ

3.1 เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้

3.2 เพื่อให้.....

4. เป้าหมาย

4.1. จำนวน คน

4.2. จำนวน คน

รวมทั้งสิ้น คน

5. วิธีดำเนินงาน

5.1. ...ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน.....

5.2.อบรมให้ความรู้เรื่อง.....

6. ระยะเวลาดำเนินงาน

- ให้เขียนระบุวันที่จัดกิจกรรม ตามรูปแบบ ดังนี้ วันที่ ..1.. เดือน ...ตุลาคม.... พ.ศ. ...2559....

- ในกรณียังไม่ทราบกำหนดการให้เขียน ดังนี้ เดือน ..ตุลาคม.. พ.ศ. ...2559... (อบรม 2 วัน)

7. สถานที่ดำเนินงาน

ห้องประชุมโรงพยาบาล/สสอ..... หมายเหตุ : - หากเป็นสถานที่เอกชนให้ระบุเหตุผล -

8. งบประมาณ

งบประมาณจาก- แหล่งงบ เช่น เงินบำรุงโรงพยาบาล.... /สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หรือ เงินบำรุง รพ.สต.- จำนวนทั้งสิ้น บาท (...จำนวนเงินเป็นตัวอักษร-...) [กรณีมี
หลายกิจกรรมให้เขียน : รวมทั้งสิ้น กิจกรรม เป็นเงิน บาท (...จำนวนเงินเป็นตัวอักษร-...)] มี
รายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1(ตามที่เขียนในวิธีดำเนินงาน)..... จำนวน บาท

1. ค่าอาหารกลางวัน ... คน ๆ ละ 1 มื้อ ๆ ละ ... บาท จำนวน วัน เป็นเงิน บาท

2. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ... คน ๆ ละ 2 มื้อ ๆ ละ ... บาท จำนวน วัน เป็นเงิน บาท

3. ค่าสมนาคุณวิทยากร ...-เขียนรายละเอียดตามตัวอย่าง-..... เป็นเงิน บาท

ตัวอย่างการเขียนค่าสมนาคุณวิทยากร

- ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยาย 1 คน จำนวน 3 ชั่วโมง ๆ ละ 600 บาท 1 วัน

เป็นเงิน 1,800 บาท

- ค่าสมนาคุณวิทยากรกลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 2 คน ๆ ละ 3 ชั่วโมง ๆ ละ 600 บาท 2 วัน เป็นเงิน 21,600 บาท
- ค่าสมนาคุณวิทยากรอภิปราย จำนวน 5 คน ๆ ละ 6 ชั่วโมง ๆ ละ 600 บาท 1 วัน เป็นเงิน 18,000 บาท
- 4. ค่าวัสดุสำนักงาน เป็นเงิน บาท
- 5. ค่าจ้างถ่ายเอกสาร เป็นเงิน บาท
- กิจกรรมที่ 2(ตามที่เขียนในวิธีดำเนินงาน)..... จำนวน บาท
- 1. ค่าอาหารกลางวัน ... คน ๆ ละ 1 มื้อ ๆ ละ ... บาท จำนวน วัน เป็นเงิน บาท
- 2. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ... คน ๆ ละ 2 มื้อ ๆ ละ ... บาท จำนวน วัน เป็นเงิน บาท
- 3. ค่า

จนท.การเงินของหน่วยงานเจ้าของโครงการ
เซ็นรับรองการตรวจสอบ

9. ผู้รับผิดชอบโครงการ

.....- กลุ่มงานที่รับผิดชอบของหน่วยงาน เช่น กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี เป็นต้น.....

10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

9.1-สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ-.....

9.2

11. การประเมินผลโครงการ

| ตัวชี้วัดความสำเร็จ | วิธีการวัด | เครื่องมือ |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 1.ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 | ทำแบบทดสอบก่อน - หลัง การอบรม | แบบทดสอบความรู้เรื่อง |
| 2. | | |

หมายเหตุ :
 1.ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16
 2.หัวข้อหลัก ชิดขอบซ้าย อักษรตัวหนา มีหมายเลขกำกับด้านหน้า
 3.หัวข้อย่อยใช้ลำดับ 1), 2) และ 1.1), 1.2) ตามลำดับ
 4.เนื้อหาใช้ตัวอักษรปกติ (ไม่หนา ไม่เอียง ไม่ขีดเส้นใต้)
 5.งบประมาณขอให้เขียนให้ถูกต้องตามระเบียบกระทรวงการคลัง(หากมีข้อสงสัยให้ปรึกษางานการเงินของหน่วยงาน)

(ลงชื่อ) ผู้เขียนโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ) ผู้เสนอโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

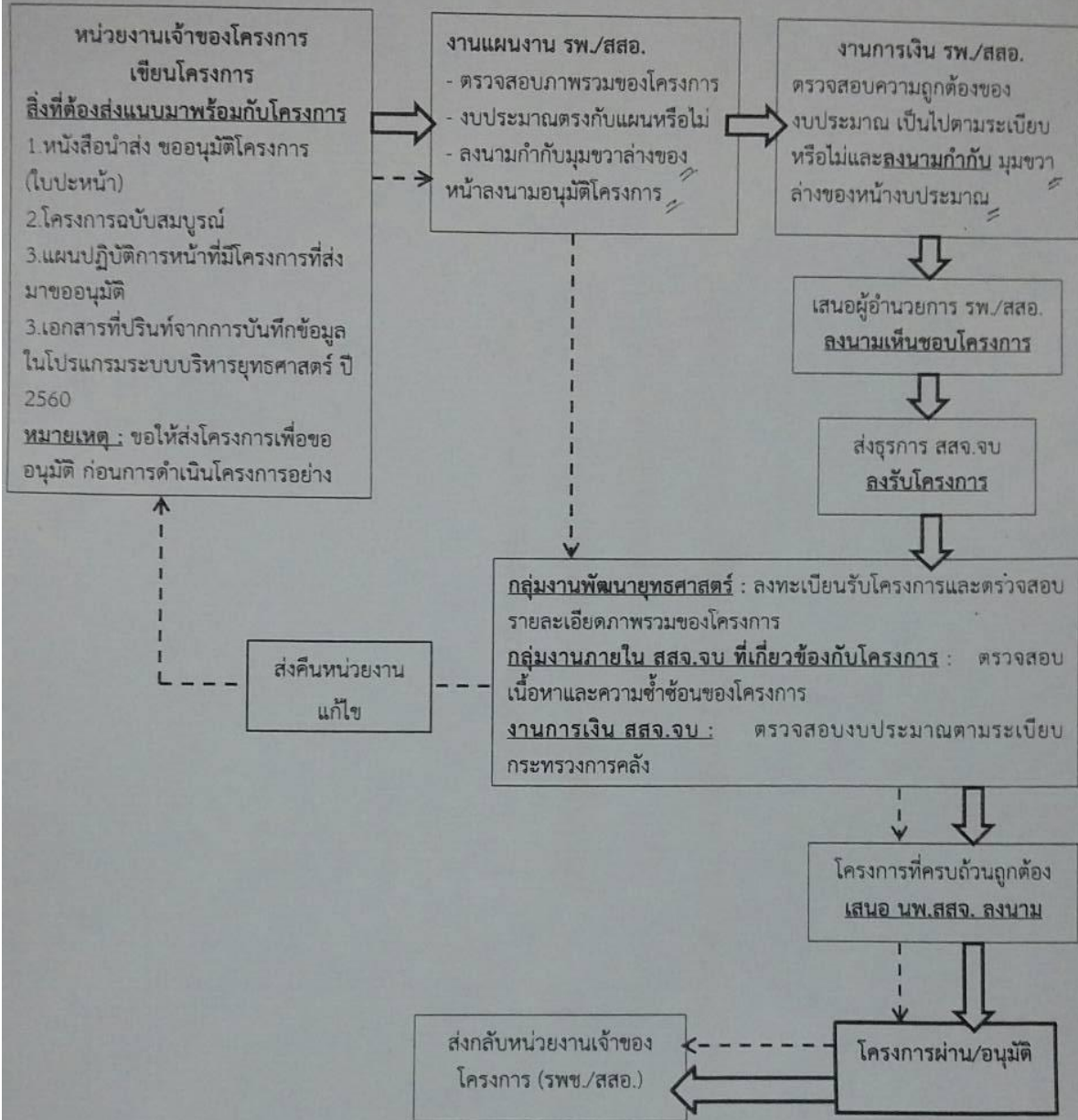
(ลงชื่อ) ผู้เห็นชอบโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ) ผู้อนุมัติโครงการ

* หัวหน้างานแผนของหน่วยงานเจ้าของโครงการ
เซ็นรับรองการตรวจสอบโครงการ

ผังกำกับการเสนอโครงการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี



หมายเหตุ : ระยะเวลาเสนอโครงการลงรับที่ สสจ. หากไม่มีข้อแก้ไข จะดำเนินการส่งกลับภายใน 7 วันทำการ