

สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการ  
ที่ได้รับการอนุมัติงบประมาณจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

.....

๑. ชื่อแผนงานหรือโครงการ:

โครงการ.....  
.....

๒. หัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการ :

ชื่อ - สกุล.....  
ตำแหน่ง.....  
กลุ่มงาน.....  
สำนัก.....  
โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

๓. สรุปสาระสำคัญของแผนงานหรือโครงการโดยย่อ :

๓.๑ วัตถุประสงค์ :

๑. ....
๒. ....
๓. ....

๓.๒ งบประมาณที่ได้รับการช่วยเหลือ/สนับสนุน (บาท) จำนวน .....

ระยะเวลาเริ่มต้นแผนงาน/โครงการ (ที่ขอครั้งแรก) : วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ระยะเวลาสิ้นสุดแผนงาน/โครงการ (ที่ขอครั้งแรก) : วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ระยะเวลาที่ขอขยายเวลา ครั้งที่ ..... : ถึงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ระยะเวลาที่ขอขยายเวลา ครั้งที่ ..... : ถึงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

๓.๓ วิธีดำเนินงาน (กิจกรรม) โดยสรุป

๑. ....
๒. ....
๓. ....

๔. ปัญหาอุปสรรค

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

๕. ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

๖. ภาพกิจกรรม

๗. ผลการดำเนินงานและผลการเบิกจ่ายงบประมาณในแต่ละกิจกรรม (ตามแบบฟอร์ม หน้า ๓)

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน  
(.....)  
วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน

๘. ผลการดำเนินงาน/ผลการเบิกจ่ายงบประมาณในแต่ละกิจกรรม

โครงการ.....

หน่วยงาน.....

งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรทั้งโครงการ จำนวน ..... บาท

| ลำดับ | กิจกรรม | งบที่ได้รับจัดสรร<br>(แต่ละกิจกรรม) | ใช้จริง | คงเหลือ | ผลการดำเนินงานตามกิจกรรม |
|-------|---------|-------------------------------------|---------|---------|--------------------------|
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |
|       |         |                                     |         |         |                          |

\*\*\*หมายเหตุ : ให้จัดส่งภายใน ๑๕ วันทำการหลังจากสิ้นสุดระยะเวลาที่ได้รับอนุมัติ