

๑๐36

- ☐ สำนักปลัด อบต.
☐ กองช่าง
☐ กองการศึกษา
☐ อื่นๆ.....

ที่ ขก ๕๑๐๐๖.๒๐๔/๑๗๗



องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม
เลขรับ..... ๑๗๑๗
วันที่..... ๒๖ ก.ย. ๒๕๖๗
เวลา.....

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยไร่
อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

๒๖ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง รายงานผลการดำเนินงานโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโนนพะยอม

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายงานผลการดำเนินงานโครงการ จำนวน ๑ เล่ม

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยไร่ ได้จัดทำโครงการกิจกรรมประเภทที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน ๖ โครงการ เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรมโครงการ ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน นายก อบต.โนนพะยอม

() เพื่อโปรดพิจารณา

() เพื่อโปรดทราบ

(นางสาวพนิดา โสภา)

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

(นางบานเย็น ศรีวงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยไร่

นางนิชนันท์ เรียงแก้ว

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

นายพิเชฐศักดิ์ สุระประจิต
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาการแทน
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม

นายสมพร กองกะมุด

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยไร่
โทร. ๐๖-๑๐๓๕-๘๔๓๓

โครงการอบรมความรู้เพื่อส่งเสริม
การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗



แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.โนนพะยอม รหัส กปท. Lo๕๒๗
อำเภอ ชนบท จังหวัด ขอนแก่น

๑.ชื่อ ☐ แผนงาน ☒ โครงการ ☐ กิจกรรม

โครงการ อบรมความรู้เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๒.ผลการดำเนินงาน

- ๑.ให้ความรู้ แก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเหมาะกับโรคของตนเอง
- ๒.ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับแพทย์ทางเลือกด้านยาสมุนไพร
- ๓.ประชาชนลดการซื้อยารับประทานเองและงดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล
- ๔.มีป้ายประชาสัมพันธ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหมู่บ้านจำนวน ๕ หมู่บ้าน
- ๕.กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการจำนวน ๑๐๐ คน

๓.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- ☒ บรรลุตามวัตถุประสงค์
☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๔.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๑๖,๖๐๐..... บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง๑๖,๖๐๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐.....
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๐.....

๕.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ☒ ไม่มี
☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)ไม่พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ.....
แนวทางการแก้ไข (ระบุ)-

๖.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม

- ☐ สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)
☐ ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง
☒ อื่น ๆภาพกิจกรรมในการดำเนินโครงการ.....



“สุขภาพดีมีหลักประกัน ต้องกันสร้างสรรค์ กปท.สนับสนุน”

๗.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย ๓ คน ขึ้นไป)

- | | | |
|----------------------------|-----------------|--------------|
| ๑. ชื่อ นายสำเริง เอกโชติ | หมายเลขโทรศัพท์ | ๐๘-๑๐๕๐-๗๓๙๙ |
| ๒. ชื่อ นางรสสุคนธ์ ผาลแสง | หมายเลขโทรศัพท์ | ๐๙-๒๙๑๗-๔๔๐๙ |
| ๓. ชื่อ นายประดิษฐ์ พิลาดี | หมายเลขโทรศัพท์ | ๐๘-๔๗๖๑-๐๒๒๗ |

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นางบานเย็น ศรีวงษ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยไร่

วันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๗



ภาพดำเนินกิจกรรม

โครงการอบรมความรู้เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ ๒๕๖๗



ภาพดำเนินการกิจกรรม

โครงการอบรมความรู้เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ ๒๕๖๗



ព្រះឥន្ទ រាជមហាក្សត្រនៃរាជវង្សនៃស្ថានសួគ៌



..... (កំនែ) ឈ្មោះរបស់អ្នកបោះឆ្នោត
..... (កំនែ) មន្ទីរសុខាភិបាល/អង្គភាព

ប្រ ☐

ប្រ ☒

ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព

..... ០..... ឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត ឈ្មោះ..... ០..... ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព
..... ០០១..... ឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត ឈ្មោះ..... ០០១..... ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព
..... ០០១..... ឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត ឈ្មោះ..... ០០១..... ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព

ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ☐

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ☒

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល

ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល

១ ប្រ

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ១ ប្រ ០១១ ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព

ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល

សេចក្តីសម្រេច ☐ សេចក្តីសម្រេច ☒ ក្រសួងសុខាភិបាល ០១

ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព

សេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល/អង្គភាព





සඳුරේ ඔබේ ජීවිතයේ දෙයක් විය

ឧក្រិដ្ឋជនទាំងអស់ មិនត្រូវបានបញ្ជាក់ពីការសងសឹករបស់ពួកគេទេ។

(ក្នុងចំណោម អង្គការសហប្រតិបត្តិការ)

ករណីនេះក្រុមប្រឹក្សាប្រតិបត្តិ/ប្រធានក្រុមប្រឹក្សាប្រតិបត្តិ

୧୦୮୧



ယဉ်ယဝ-၁၈၂၈-၄၀ မူပိုင်ခွင့်မရှိပါ။

លេខដំបូង ៥៧៧៩០៤៧ ០១.២១

ឧបសគ្គ-១២៣៣-២០ ក្រុមប្រឹក្សាភិបាល

ឧប្បត្តិហារនា ពេលប្តូរខែឆ្នាំ ១៩១១

၀၀၈၅-၈၆၈၇-၉၀ မြို့ပေါ်မြို့နယ်

ឆ្នាំ២០១១ ច្បាប់ស្តីពីការបោះឆ្នោត ២០១១

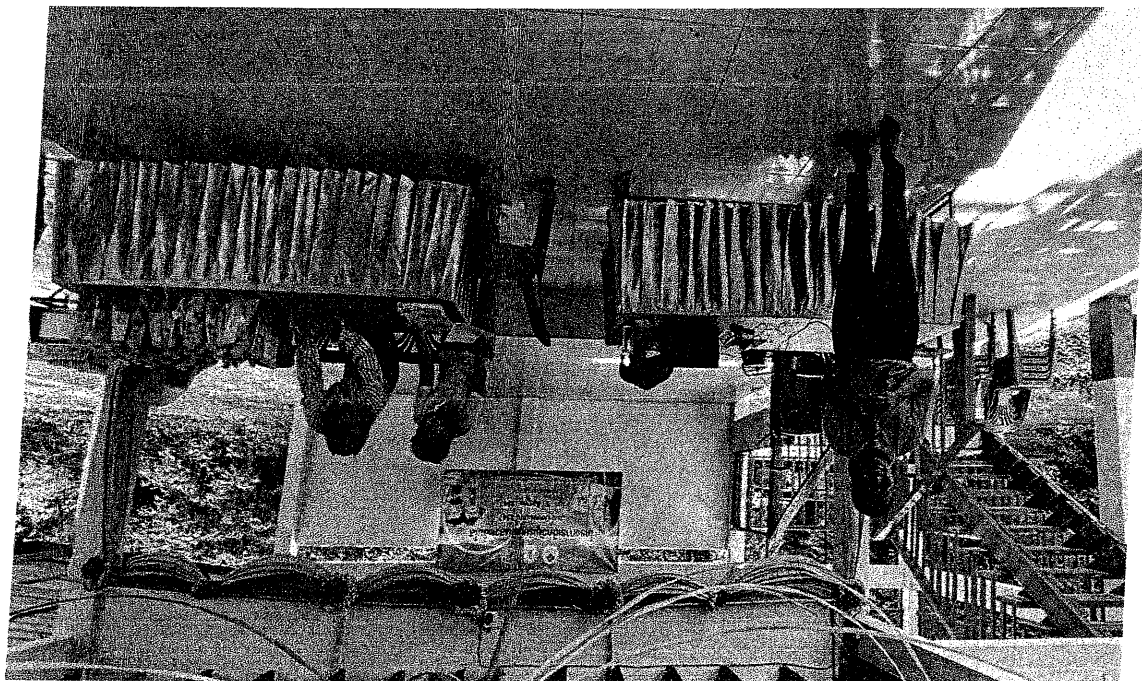
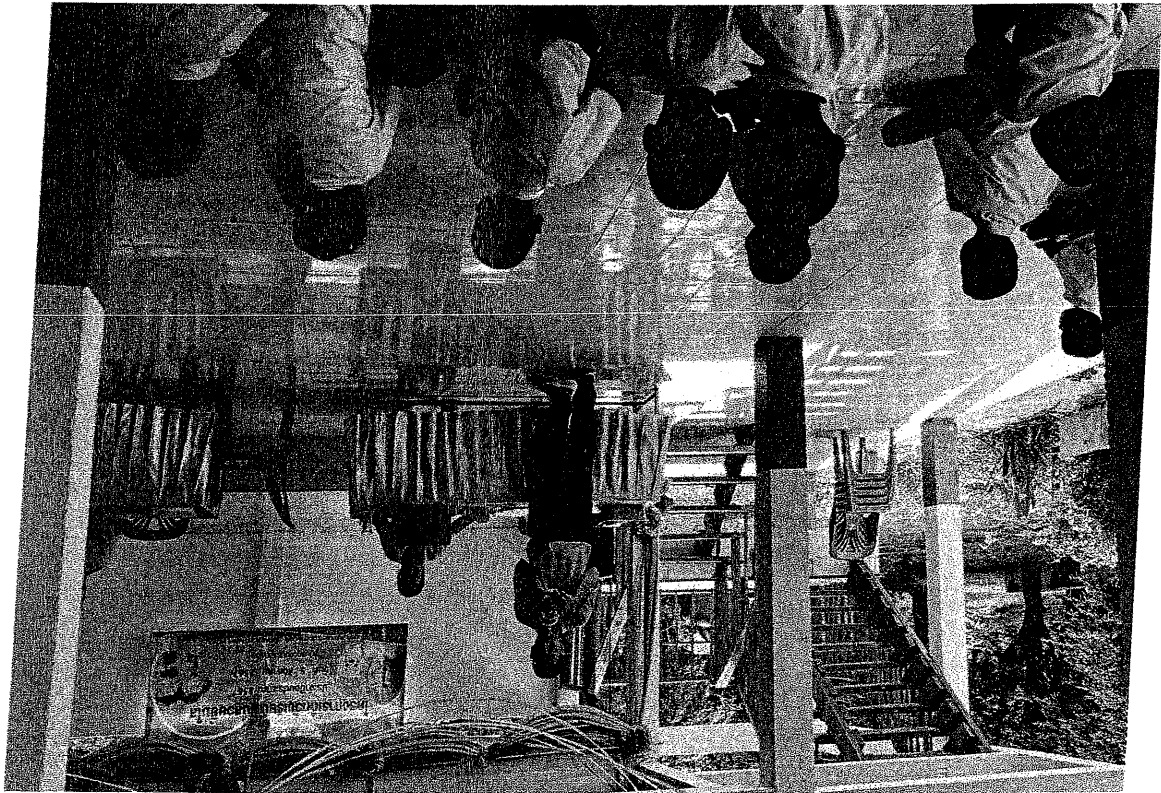
[illegible]

.....នេះគឺជាតួអង្គសំខាន់បំផុតក្នុងការបង្កើនចំណូល..... ២ រដ្ឋ

សូមបញ្ជាក់ថា ឯកសារនេះមិនមែនជាឯកសារផ្លូវការនៃក្រុមប្រឹក្សាភិបាលក្រុងសៀមរាបទេ ។

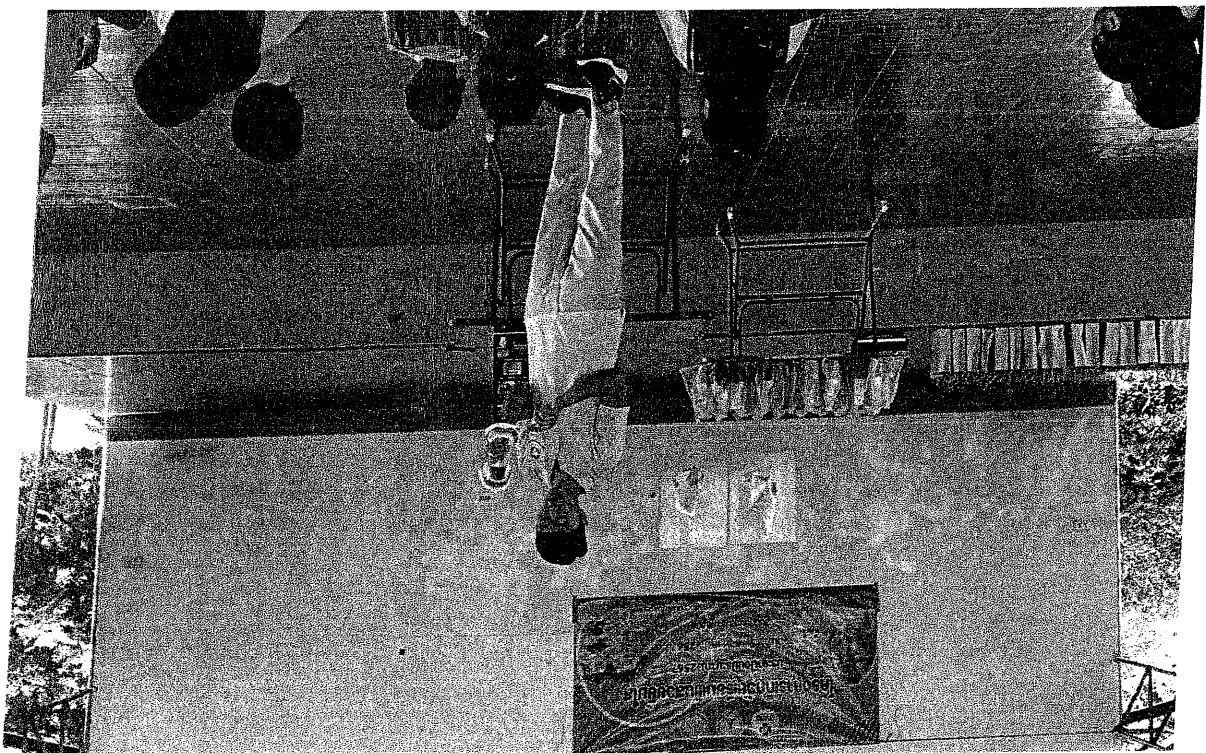
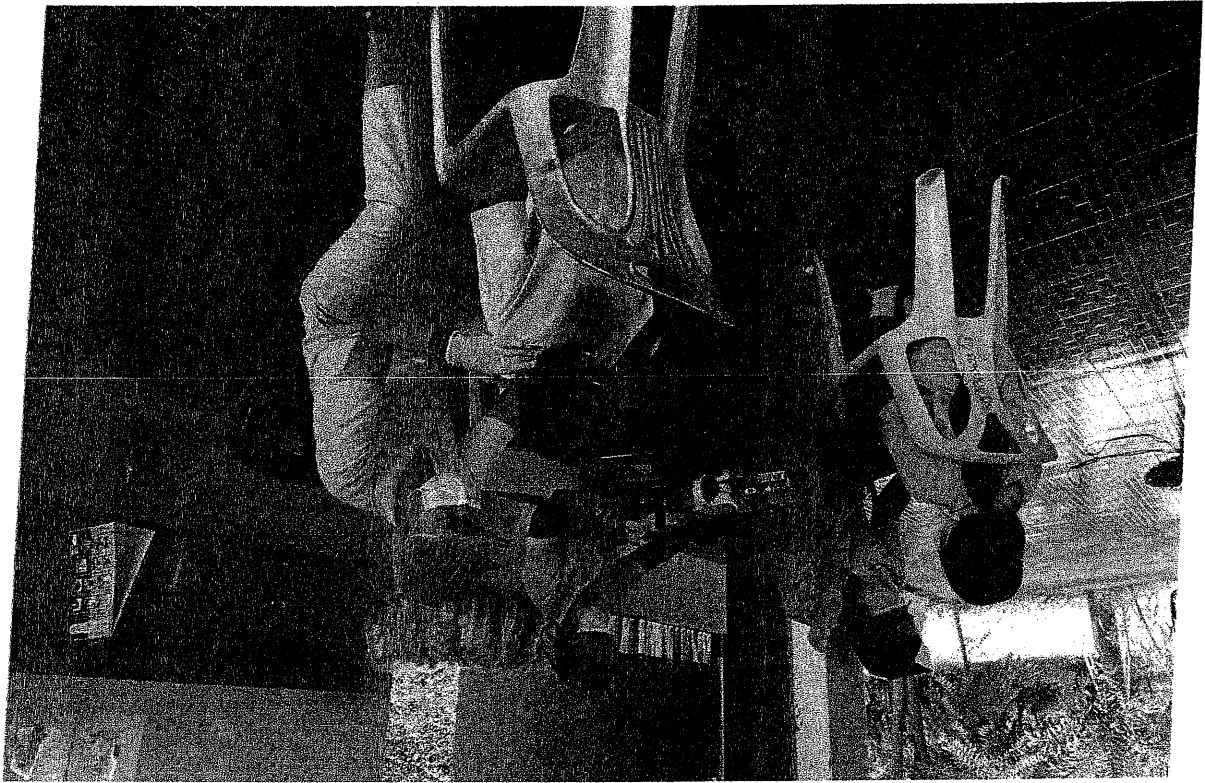
[illegible]

គេនឹងបង្កើន/នឹងបង្កើន/ក្នុងការការពារក្នុងសមត្ថភាពក្នុងការកាត់បន្ថយការបាត់បង់។



នៅក្នុងបន្ទប់ ពេទ្យានុបដ្ឋានសង្គម

សេចក្តីថ្លែងការណ៍



នៅទីស្នាក់នៅ ក្នុងបន្ទប់ស្នាក់នៅ

ក្នុងបន្ទប់ស្នាក់នៅ



ព្រះបរមរាជវាំង ព្រះបរមរាជវាំង

ការបង្ហាញពីការងារ

**โครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยเบาหวานด้วยแพทย์แผนไทย**

แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.โนนพะยอม รหัส กปท. Lo๕๒๗
อำเภอ ขนบท จังหวัด ขอนแก่น

๑. ชื่อ ☐ แผนงาน ☒ โครงการ ☐ กิจกรรม

โครงการ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้าน
ห้วยไร่ ตำบลโนนพะยอม อำเภอขนบท จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๒. ผลการดำเนินงาน

๑. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและเพิ่มทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อลดการเกิด
ภาวะแทรกซ้อน
๒. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลตนเองด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและการใช้พืชสมุนไพร, ยา
สมุนไพร
๓. สอนการดูแลเท้าและการนวดเท้าโดยใช้อุปกรณ์และพืชสมุนไพรในครัวเรือนและชุมชนที่หาได้ในท้องถิ่น
ตนเอง
๔. ผู้ป่วยเบาหวานมีกระเป๋าคำสำหรับใส่ยาโรคประจำตัวของตนเอง ลดภาวะโลกร้อน, ลดภาระค่าใช้จ่ายการ
ซื้ออุปกรณ์ใส่ยาและลดการรับประทานยาผิด ยาผู้ป่วยเบาหวานไม่ปนกับ ยา โรคอื่น
๕. กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการจำนวน ๑๐๐ คน

๓. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- ☒ บรรลุตามวัตถุประสงค์
☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๔. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๒๘,๑๐๐.....บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง๒๘,๑๐๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐.....
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน.....๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๐.....

๕. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ☒ ไม่มี
☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)ไม่พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ.....
แนวทางการแก้ไข (ระบุ)



๖.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- ☐ สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)
- ☐ ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง
- ☒ อื่น ๆภาพกิจกรรมในการดำเนินโครงการ.....

๗.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย ๓ คน ขึ้นไป)

๑. ชื่อ นางสาววัลลยา ทองน้อย หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๐๗๖๕-๖๕๘๐
๒. ชื่อ นายสุดใจ ลาอ่อน หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๑๖๖๒-๐๖๘๒
๓. ชื่อ นางพิกุลทอง ใจอ่อน หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖-๓๐๒๐-๑๐๙๑

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นางบานเย็น ศรีวงศ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยไร่

วันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๗



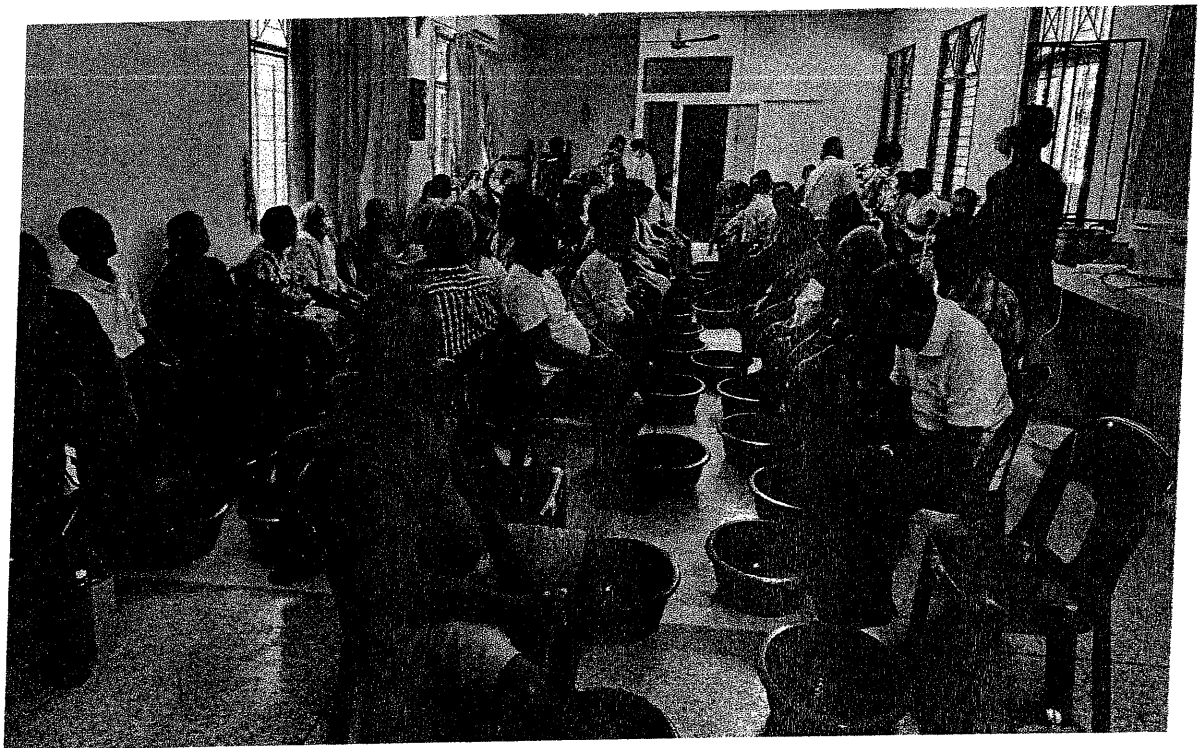
ภาพดำเนินกิจกรรม

โครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยแพทย์แผนไทย



ภาพดำเนินกิจกรรม

โครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานด้วยแพทย์แผนไทย



โครงการส่งเสริมพัฒนาการ

เด็ก ๐-๕ ปี

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗



แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.โนนพะยอม รหัส กปท. L๐๕๒๗
อำเภอ ชนบท จังหวัด ขอนแก่น

๑.ชื่อ ☐ แผนงาน ☒ โครงการ ☐ กิจกรรม

โครงการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๒.ผลการดำเนินงาน

- ๑.ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็ก ๐-๕ ปี,ครูผู้ดูแลเด็กและภาคีเครือข่ายในชุมชน เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- ๒.ผู้ปกครองเด็ก,ครูผู้ดูแลเด็กสามารถนำความรู้ไปตรวจพัฒนาการแก่เด็ก ๐-๕ ปี ในเขตรับผิดชอบ
- ๓.ผู้ปกครองเด็ก,ครูผู้ดูแลเด็กสามารถกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่ตรวจพบว่าล่าช้าและสามารถส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ดำเนินการตรวจซ้ำและส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป
- ๔.กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการจำนวน ๗๐ คน

๓.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- ☒ บรรลุตามวัตถุประสงค์
☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๔.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๑๓,๖๐๐.....บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง๑๓,๖๐๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐.....
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน.....๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๐.....

๕.ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☒ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)ไม่พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)-

๖.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม

- ☐ สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)
☐ ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง
☒ อื่น ๆภาพกิจกรรมในการดำเนินโครงการ.....



“สุขภาพดีมีหลักประกัน ท้องถิ่นสร้างสรรค์ กปท.สนับสนุน”

๗.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย ๓ คน ขึ้นไป)

๑. ชื่อ นางสาววัลลยา ทองน้อย หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๐๗๖๕-๖๕๘๐
๒. ชื่อ นางบานเย็น สิ้นแสง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๑๐๕๐-๗๓๙๙
๓. ชื่อ นางพิกุลทอง ใจอ่อน หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖-๓๐๒๐-๑๐๙๑

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นางบานเย็น ศรีวงษ์)

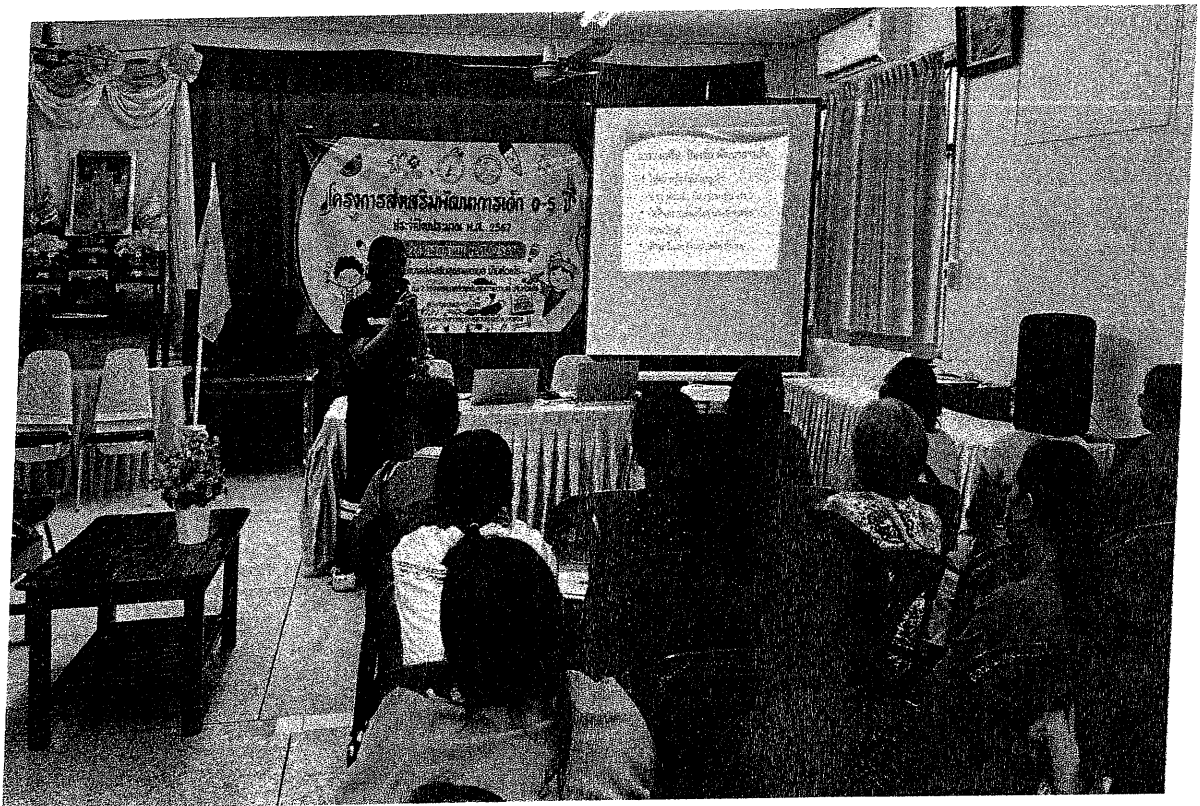
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยไร่

วันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๗



ภาพการดำเนินงานกิจกรรม

โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗



ภาพการดำเนินกิจกรรม

โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗



โครงการสตรีร่วมใจ ป้องกันภัย
โรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็ง
ปากมดลูก ปีงบประมาณ ๒๕๖๗



แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.โนนพะยอม รหัส กปท. Lo๕๒๗
อำเภอ ชนบท จังหวัด ขอนแก่น

๑. ชื่อ ☐ แผนงาน ☒ โครงการ ☐ กิจกรรม

โครงการ สตรีร่วมใจ ป้องกันภัยโรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๒. ผลการดำเนินงาน

๑. ให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ถึงภัยอันตรายของโรคมะเร็งเต้านมและสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
๒. ให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงสตรี อายุ ๓๐- ๗๐ ปี ถึงภัยอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูกและสอนการใช้ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง
๓. ฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเองและดำเนินการตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
๔. ฝึกการใช้ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง
๕. กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการจำนวน ๑๐๐ คน

๓. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- ☒ บรรลุตามวัตถุประสงค์
☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๔. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๑๔,๑๐๐.....บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง๑๔,๑๐๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๑๐๐.....
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน.....๐..... บาท คิดเป็นร้อยละ๐.....

๕. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ☒ ไม่มี
☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)ไม่พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ.....
แนวทางการแก้ไข (ระบุ)-



๖.เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- ☐ สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท.ต้องการทราบรายละเอียด)
- ☐ ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง
- ☒ อื่น ๆภาพกิจกรรมในการดำเนินโครงการ.....

๗.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย ๓ คน ขึ้นไป)

๑. ชื่อ นางสาววัลลยา ทองน้อย หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๐๗๖๕-๖๕๘๐
๒. ชื่อ นางมุกดา หงษา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖-๒๔๘๔-๖๐๓๘
๓. ชื่อ นางพิกุลทอง ใจอ่อน หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖-๓๐๒๐-๑๐๙๑

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน
(นางบานเย็น ศรีวงษ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยไร่
วันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๗



ภาพดำเนินกิจกรรม

โครงการสตรีร่วมใจ ป้องกันภัยโรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ ๒๕๖๗



ภาพดำเนินกิจกรรม

โครงการสตรีร่วมใจ ป้องกันภัยโรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

