กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

ฎีกาเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ทุ่งอรุณ รหัส กปท. L1936

อำเภอ โชคชัย จังหวัด นครราชสีมา

เลขที่ DL1936256601720 วันที่จัดทำ 12 เดือนกันยายน พ.ศ. 2566

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ได้อนุมัติโครงการ (ตามเอกสารที่แนบมา) ให้แก่ ผู้ได้รับการอนุมัติ (ระบุชื่อ) กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งอรุณ จำนวนเงิน 11,250.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) นั้น บัดนี้ ผู้ได้รับการอนุมัติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงินจำนวน 11,250.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ หลักฐานประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน .....1..... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(...นายพงศกร อินธิยศ...)

ตำแหน่ง นิติการปฏิบัติการ

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และ ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 295,783.73 บาท ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย) (...นายพงศกร อินธิยศ...) ตำแหน่ง นิติการปฏิบัติการ วันที่ 12 กย. 2566	เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น ลงชื่อ..... (....นายธวัชชัย รัตนธรรม....) หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย วันที่ 12 กย. 2566
เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น ลงชื่อ..... (....นายเจริญ ไวย์สูงเนิน....) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 11,250.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน ลงชื่อ..... (....นายวิระชาติ จิตรพิทักษ์เลิศ....) ผู้บริหารท้องถิ่น
จ่ายเป็น △ เช็คขีดคร่อม/ตั๋วแลกเงิน/ธนาณัติ △ ทางธนาคาร ธนาคาร ...ธกส.สาขาโชคชัย.... บัญชีเลขที่ ...017212898296.... เลขที่เช็ค ...51139104.... ลงวันที่ 12 กย. 2566... จำนวนเงิน 11,250.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน)....กลุ่ม ผู้พิการหมู่ 1,2,13 และ16 ต.ทุ่งอรุณ....	มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (..นายธวัชชัย รัตนธรรม..) ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (...นายวิระชาติ จิตรพิทักษ์เลิศ..)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 11,250.00 บาท(หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ลงชื่อ .....สุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก..... ผู้รับเงิน (1) (....นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก.....) ตำแหน่ง...ประธานกลุ่ม ผู้พิการหมู่ 1,2,13 และ16 ต.ทุ่งอรุณ.....	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว 11,250.00 บาท(หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้ว ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน (...นายพงศกร อินธิยศ...) ตำแหน่ง นิติการปฏิบัติการ

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

ข้อตกลง
การขอรับสนับสนุนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ทุ่งอรุณ

ข้อตกลงเลขที่.....

ข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อบต.ทุ่งอรุณ ตั้งอยู่เลขที่ 191 ม.9 ตำบลทุ่งอรุณ อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 12 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ระหว่าง อบต.ทุ่งอรุณ โดย นายวิระชาติ จิตรพิทักษ์เลิศ ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งอรุณ ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามข้อ 6 ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า **"องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น"** ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งอรุณ โดย นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก ประธานกลุ่มผู้พิการ หมู่ 1 , 2 , 13 และ 16 ตำบลทุ่งอรุณ ในฐานะเป็นผู้ดำเนินงานตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนฯ ตามข้อ 10 ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยขอรับสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ทุ่งอรุณ ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า **"ผู้ดำเนินงาน"** อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย จึงได้ตกลงกันไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้ดำเนินงาน ตกลงจะดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/แผนการดำเนินงาน ของโครงการหรือกิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขเป็นไปตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการสนับสนุนเงิน จำนวน 11,250.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ทั้งนี้ ผู้ดำเนินงานจะต้องเป็นผู้จัดเก็บเอกสารและหลักฐานค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อรองรับการตรวจสอบไว้ ดังนี้

1) ข้อตกลง ที่ได้ระบุรายละเอียดสาระสำคัญไว้ในข้อตกลงครบถ้วนแล้ว
2) โครงการหรือกิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว

3) หลักฐานการรับเงินของผู้ดำเนินงาน

4) หลักฐานการจ่ายเงินตามโครงการหรือกิจกรรม

5) รายงานผลการดำเนินงาน

ข้อ 2 หากผู้ดำเนินงาน ไม่ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการหรือกิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้ดำเนินงาน ผู้ดำเนินงานยินยอมรับผิดชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมิต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างใด

หากผู้ดำเนินงาน ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดำเนินงานยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด นับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

1) การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ

2) การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

3) ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ ของทางราชการโดยอนุโลม

4) หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ

5) ให้รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการหรือกิจกรรมต่อกองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนกำหนด

6) งบประมาณที่สนับสนุนตามโครงการหรือกิจกรรม เป็นงบประมาณของกองทุนฯ

กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้ได้รับเงินอุดหนุน ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในข้อตกลงนี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยานและต่างเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ).....องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(นายวิระชาติ จิตรพิทักษ์เลิศ)

(ลงชื่อ).....ผู้ดำเนินงาน
(นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก)

(ลงชื่อ).....พยาน
(นายธวัชชัย รัตนธรรม)

(ลงชื่อ).....พยาน
(นายพงศกร อินธิยศ)

"สุขภาพดีมีหลักประกัน ท้องถิ่นสร้างสรรค์ กปท.สนับสนุน"

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

แบบอนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ทุ่งอรุณ รหัส กปท. L1936
อำเภอ โชคชัย จังหวัด นครราชสีมา

ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ 1/ 2566 เมื่อวันที่ 28 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 สรุปผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

1.ความสอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน

✓ สอดคล้อง ☐ ไม่สอดคล้อง

☐ ความเห็นเพิ่มเติม

2.ความซ้ำซ้อนของงบประมาณกองทุน ฯ กับงบประมาณจากแหล่งอื่น

☐ ซ้ำซ้อน ✓ ไม่ซ้ำซ้อน

☐ ความเห็นเพิ่มเติม

3.ความเสี่ยงจากผลประโยชน์ทับซ้อน จากการอนุมัติของคณะกรรมการฯ

☐ เสี่ยง ✓ ไม่เสี่ยง

☐ ความเห็นเพิ่มเติม

4.เป็นหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่มีสิทธิขอรับงบประมาณ (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

✓ 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

5.ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

✓ 2. สนับสนุนองค์กรหรือกลุ่มประชาชน/หน่วยงานอื่น

6.งบประมาณที่เสนอ จำนวน 11,250.00 บาท

✓ อนุมัติงบประมาณ เนื่องจากแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

☐ ประชาชนได้รับผลประโยชน์ ✓ ตรงตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ฯ

☐ ผู้รับผิดชอบงานมีศักยภาพ ☐ ค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสมกับวิธีดำเนินการ

จึงเห็นควรสนับสนุน เป็นเงิน จำนวน 11,250.00 บาท

ความเห็นเพิ่มเติม

☐ ไม่อนุมัติงบประมาณ

เพราะ.....

✓ ให้รายงานผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ภายในวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 (ตามแบบฟอร์ม ฯ กปท.10)

✓ ให้ อปท. แจ้งผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ทราบผล เพื่อดำเนินการ ต่อไป

ลงชื่อ .....

(นายพงศกร อินธิยศ)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการประชุม

12 กันยายน 2566

ลงชื่อ.....

(นายวิระชาติ จิตรพิทักษ์เลิศ)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ทุ่งอรุณ

12 กันยายน 2566

แบบหนังสือขออนุมัติเบิกจ่ายเงินเพื่อดำเนินโครงการ
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งอรุณ

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานหมู่บ้าน
หมู่ ๒ ต.ทุ่งอรุณ อ.โชคชัย
จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๑๙๐

๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินเพื่อดำเนินการโครงการ
เรียน ประธานคณะกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งอรุณ
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการเพื่อขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน จำนวน ๑ โครงการ
๒. สำเนาเอกสารบัญชีธนาคาร กลุ่มผู้พิการ หมู่ ๑ ,๒,๑๓ และ ๑๖ ต.ทุ่งอรุณ

ด้วย กลุ่มผู้พิการ หมู่ ๑ , ๒ ,๑๓ และ ๑๖ ต.ทุ่งอรุณ อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา มีความประสงค์จะขออนุมัติเบิกเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งอรุณ เพื่อจัดทำโครงการ

๑. โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

จำนวนเงิน **๑๑,๒๕๐ บาท(หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)**

ตามรายละเอียดตามโครงการที่ส่งมาพร้อมนี้ กลุ่มผู้พิการ หมู่ ๑ , ๒ ,๑๓ และ ๑๖ ต.ทุ่งอรุณ ยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งอรุณ กำหนดไว้ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

สุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก

(นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก)
ประธานกลุ่มผู้พิการ หมู่ ๑ , ๒ ,๑๓ และ ๑๖ ต.ทุ่งอรุณ

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1. นำสมุดเงินฝากและบัตรประจำตัวประชาชนมาธนาคารทุกครั้งที่ฝากหรือถอน
2. ธนาคารจะบันทึกดอกเบี้ยให้ในวันเสาร์สุดท้ายเดือนกันยายนและมีนาคมของทุกปี
3. ยอดเงินที่ปรากฏในสมุดเงินฝากจะถือว่าถูกต้องเมื่อได้รับการตรวจสอบยอดตรงกับบัญชีเงินฝากของธนาคารแล้ว กรณียอดเงินคงเหลือเป็นศูนย์ธนาคารจะปิดบัญชีทันที
4. การเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ที่อยู่ ผู้ฝากต้องแจ้งให้ธนาคารทราบ กรณีสมุดเงินฝากหาย ผู้ฝากต้องแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ และแจ้งให้ธนาคารทราบโดยเร็ว
5. ในกรณีที่บัญชีขาดการติดต่อ และยอดคงเหลือในบัญชีต่ำกว่าที่กำหนด ธนาคารจะปิดบัญชี และ/หรือคิดค่าธรรมเนียมรักษาบัญชีตามหลักเกณฑ์ที่ธนาคารกำหนด

41-009

รหัสสาขา 0343
Branch Code

บัญชีเลขที่ 020173613375
Account No.

ชื่อสาขา สาขาโชคชัย
Branch Name

รหัสโครงการ .....
Project Code

ชื่อบัญชี
Account Name

กลุ่ม ผู้พิการหมู่1 ,2 ,13 และ16 ต.ทุ่งอรุณ

2001 – บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดคู่ฝาก)

217131773
ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES
ธนาคารของรัฐ

เล่มที่ 000217131773

ผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

16-03/61

แบบขออนุมัติเบิกเงินเพื่อดำเนิน
โครงการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลทุ่งอรุณ

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินเพื่อดำเนินโครงการ **ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน**

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งอรุณ

ด้วย กลุ่มผู้พิการหมู่ ๑ /๒/๑๓/๑๖ ต.ทุ่งอรุณ อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา มีความประสงค์ขออนุมัติเบิกเงินเพื่อดำเนินโครงการ **ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน** ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จึงขอเสนองบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งอรุณ เป็นจำนวนเงิน **๑๑,๒๕๐ บาท(หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)** โดยมีรายละเอียดโครงการ ดังนี้

ส่วนที่๑ : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

๑.วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๑. เพื่อให้ผู้พิการได้รวมกลุ่มจัดตั้งเป็นชมรมและเครือข่ายในระดับตำบล
๒. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้พิการสามารถดูแลผู้พิการได้อย่างถูกต้อง และขึ้นทะเบียนผู้พิการครบทุกคน
๓. สนับสนุนให้กลุ่มชมรมผู้พิการมีกิจกรรมต่อเนื่อง
๔. เพื่อให้ผู้พิการที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนผู้พิการได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการ และเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขตามสิทธิครบทุกคน

๒. กลวิธีดำเนินงาน

๑. จัดทำแผนเพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการ
๒. ประชุมชี้แจงคณะทำงาน / วิทยากร และฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
๓. จัดเตรียมอุปกรณ์สถานที่การอบรม
๔. สำรวจผู้พิการในหมู่บ้านขึ้นทะเบียนผู้พิการแยกประเภทให้เป็นปัจจุบัน
๕. จัดกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองตามความเหมาะสม
๖. จัดอบรมผู้ดูแล / ผู้พิการเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้พิการโดยเน้นส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้พิการและเครือข่ายผู้พิการมีอาชีพเสริมในครอบครัวและรวมกลุ่มในชุมชนได้

เป้าหมาย

๑. ผู้พิการในเขตรับผิดชอบ ต. ทุ่งอรุณ ๔ หมู่ (๑ , ๒ , ๑๓ และ ๑๖ ต. ทุ่งอรุณ) จำนวน ๔๐ คน
๒. ผู้ดูแลผู้พิการในเขตรับผิดชอบ ต. ทุ่งอรุณ ๔ หมู่ (๑ , ๒ , ๑๓ และ ๑๖ ต. ทุ่งอรุณ) จำนวน ๒๐ คน

๓. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ มกราคม – กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

๔.สถานที่ดำเนินการ

ที่ทำการกองทุนหมู่บ้าน หมู่ที่ ๑๖ บ้านหัวสะพานใหม่ ตำบลทุ่งอรุณ อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา

๕. งบประมาณ

งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลทุ่งอรุณ **เป็นเงิน ๑๑,๒๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) รายละเอียด ดังนี้**

จากงบประมาณกองทุน **๑๑,๒๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) มีรายละเอียด ดังนี้**

- ค่าอาหารกลางวันและอาหารเครื่องดื่มจำนวน ๖๐ คน	เป็นเงิน	๖,๐๐๐	บาท
- ค่าตอบแทนวิทยากรจำนวน ๖ ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท	เป็นเงิน	๓,๖๐๐	บาท
- ค่าป้ายโครงการ	เป็นเงิน	๔๕๐	บาท
- ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการอบรม	เป็นเงิน	๑,๒๐๐	บาท

รวมเป็นจำนวนเงิน ๑๑,๒๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

๖.การประเมินผล/ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ร้อยละ ๘๐ ของผู้พิการได้รับสวัสดิการทางสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล

๒. ร้อยละ ๘๐ ของผู้พิการและผู้ดูแลได้รับการอบรม และสามารถดูแลตนเองได้ และมีการสำรวจขึ้นทะเบียนผู้พิการครบถ้วน/ การต่ออายุบัตรประจำตัวผู้พิการ ครบถ้วน

๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสิทธิประโยชน์

๔. ร้อยละ ๘๐ ของผู้พิการได้รับความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้พิการโดยเน้นส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้พิการและเครือข่ายผู้พิการมีอาชีพเสริมในครอบครัวและรวมกลุ่มในชุมชนได้

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)
ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน .....

- ☐ ๗.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- ☐ ๗.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- ☐ ๗.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- ☐ ๗.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- ☑ ๗.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

๗.๒ **ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.** ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

- ☐ ๗.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]
- ☑ ๗.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]
- ☐ ๗.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)]
- ☐ ๗.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]
- ☐ ๗.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]

๗.๓ **กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ.** ๒๕๕๗)

- ☐ ๗.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- ☐ ๗.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ☐ ๗.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- ☐ ๗.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน
- ☐ ๗.๓.๕.๑ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ☐ ๗.๓.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ☑ ๗.๓.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- ☐ ๗.๓.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- ☐ ๗.๓.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

๗.๔ **กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

☐ ๗.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

- ☐ ๗.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ☐ ๗.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ☐ ๗.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
- ☐ ๗.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ☐ ๗.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ☐ ๗.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
- ☐ ๗.๔.๑.๗ การส่งสริมสุขภาพช่องปาก
- ☐ ๗.๔.๑.๘ อื่นๆ (ระบุ) .....

ลงชื่อ สุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก **ผู้เสนอโครงการ**

(นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก)

ประธานชมรมผู้พิการ หมู่ ๑ /๒ /๑๓/๑๖ ต. ทุ่งอรุณ

ลงชื่อ ..... **ผู้อนุมัติโครงการ**

(นายวิระชาติ จิตรพิทักษ์เลิศ)

ประธานคณะกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งอรุณ

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1. นำสมุดเงินฝากและบัตรประจำตัวประชาชนมาธนาคารทุกครั้งที่ฝากหรือถอน
2. ธนาคารจะบันทึกดอกเบี้ยให้ในวันเสาร์สุดท้ายเดือนกันยายนและมีนาคมของทุกปี
3. ยอดเงินที่ปรากฏในสมุดเงินฝากจะถือว่าถูกต้องเมื่อได้รับการตรวจสอบยอดตรงกับบัญชีเงินฝากของธนาคารแล้ว กรณียอดเงินคงเหลือเป็นศูนย์ธนาคารจะปิดบัญชีทันที
4. การเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ที่อยู่ ผู้ฝากต้องแจ้งให้ธนาคารทราบ กรณีสมุดเงินฝากหาย ผู้ฝากต้องแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ และแจ้งให้ธนาคารทราบโดยเร็ว
5. ในกรณีที่บัญชีขาดการติดต่อ และยอดคงเหลือในบัญชีต่ำกว่าที่กำหนด ธนาคารจะปิดบัญชี และ/หรือคิดค่าธรรมเนียมรักษาบัญชีตามหลักเกณฑ์ที่ธนาคารกำหนด

41-009

รหัสสาขา 0343
Branch Code

บัญชีเลขที่ 020173613375
Account No.

ชื่อสาขา สาขาโชคชัย
Branch Name

รหัสโครงการ .....
Project Code

ชื่อบัญชี
Account Name

กลุ่ม ผู้พิการหมู่1 ,2 ,13 และ16 ต.ทุ่งอรณ

2001 – บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดคู่ฝาก)

217131773
ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES
ธนาคารของรัฐ

เล่มที่ 000217131773

ผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

16-03/61

แบบหนังสือเสนอสรุปแผนงาน /โครงการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งอรุณ

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานหมู่บ้าน
หมู่ ๒ ต.ทุ่งอรุณ อ.โชคชัย
จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๑๙๐

๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ส่งสรุปแผนงาน /โครงการ/กิจกรรม ที่ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งอรุณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสรุปแผนงาน /โครงการ/กิจกรรม ที่ขอรับงบประมาณดำเนินการจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งอรุณ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๑ โครงการ

ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งอรุณ ได้อนุมัติให้หน่วยงาน /กลุ่มองค์กร ขอเสนอ แผนงาน / โครงการ ขอรับงบประมาณดำเนินการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งอรุณ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

บัดนี้ กลุ่มผู้พิการหมู่ ๑/๒/๑๓/๑๖ ตำบล ทุ่งอรุณ อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการจัดทำแผนงาน /โครงการ เพื่อขอรับงบประมาณดำเนินการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งอรุณ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว จึงขอสรุปรายงาน ตามโครงการ ดังนี้

๑.โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

สุรีรัตน์

(นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก)
ประธาน กลุ่มผู้พิการหมู่ ๑/๒/๑๓/๑๖ ต. ทุ่งอรุณ

ส่วนที่ ๓: แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลงรายละเอียดเมื่อเสร็จการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ /กิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

๑ ผลการดำเนินงาน

๑. ผลสำรวจร้อยละ ๙๘ ของผู้พิการได้รับสวัสดิการทางสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล และเหลือ อีก ร้อยละ ๒ อยู่ระหว่างการดำเนินการขอใบรับรองความพิการ

๒. ร้อยละ ๘๐ ของผู้พิการและผู้ดูแลได้รับการอบรม และสามารถดูแลตนเองได้ และมีการสำรวจขึ้นทะเบียนผู้พิการครบถ้วน/ การต่ออายุบัตรประจำตัวผู้พิการ ครบถ้วน

๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสิทธิประโยชน์

๔. ร้อยละ ๘๐ ของผู้พิการได้รับความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้พิการโดยเน้นส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้พิการและเครือข่ายผู้พิการมีอาชีพเสริมในครอบครัวและรวมกลุ่มในชุมชนได้

๒ ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

☑ บรรลุตามวัตถุประสงค์

☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

๒.๑ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ /กิจกรรม .....๖๐..... คน

๑. ผู้พิการ ผู้ดูแลผู้พิการ และ อสม. ในเขตพื้นที่ หมู่ ๑ /๒/๑๓ และ ๑๖ ตำบลทุ่งอรุณ จำนวน ๖๐ คน

๓ การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๑๑,๒๕๐.....บาท

งบประมาณที่เบิกจ่ายจริง ..... ๑๑,๒๕๐.....บาท คิดเป็นร้อยละ ..๑๐๐...

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ .....0..... บาท คิดเป็นร้อยละ .....0.....

๔ ปัญหา /อุปสรรคในการดำเนินงาน

☑ ไม่มี

☐ มี

ปัญหาอุปสรรค (ระบุ) .....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

ลงชื่อ สุรีรัตน์ .....ผู้รายงาน

(นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก)

ตำแหน่ง ประธานผู้พิการหมู่ ๑ /๒/๑๓ และ ๑๖ ตำบลทุ่งอรุณ

ตารางการอบรม
โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน
วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2566
ณ วัดบ้านปอพราน
ตำบลทุ่งอรุณ อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา
****

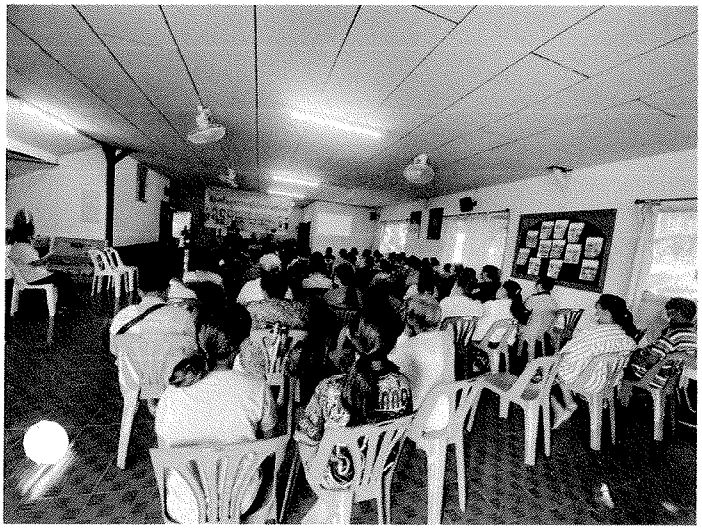
08.00น. - 08.30 น.	- ลงทะเบียน	- ทีม จนท. /อสม.
08.30น. - 09.00 น.	- พิธีเปิดการอบรม	- นายกองค์การบริการส่วนตำบลทุ่งอรุณ
09. 00น. - 10.00 น.	- ข้อกำหนดการขึ้นทะเบียนผู้พิการ รายใหม่ / การต่ออายุสมุดผู้พิการที่หมดอายุ	- คุณรุ่งเรือง นิยมนา
10. 00น. - 10.10 น.	- รับประทานอาหารว่าง	- ทีม อสม.,.1/2/13และ 16
10. 10น. - 11.10 น.	- การดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้พิการ	- คุณนงลักษณ์ จีนมะโน
11. 10น. - 12.10 น.	- สิทธิประโยชน์ของผู้พิการ	- คุณรุ่งเรือง นิยมนา
12.10น .- 13.00 น.	- รับประทานอาหารกลางวัน	- ทีม จนท. /อสม.
13. 00น. - 14.00 น.	- ทบทวนโครงสร้างและกิจกรรมต่อเนื่องของชมรมผู้พิการ	- คุณสุลาวัลย์ จึงสิริเสรีพันธ์
14.00น. - 14.20 น.	- รับประทานอาหารว่าง	- ทีม อสม.และผู้พิการ
14.20น. - 15.20 น.	- การออกกำลังกายโดยการยืดเหยียด	- คุณปานจิตร ฉัตรกระโทก
15.20น. - 16.20 น.	- ทบทวน ซักถามข้อสงสัย / ปิดการอบรม	- คุณสุลาวัลย์ จึงสิริเสรีพันธ์

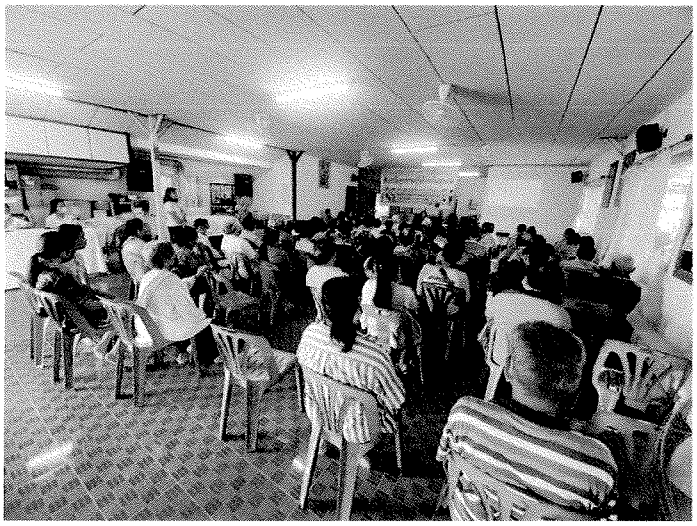
ภาพกิจกรรม

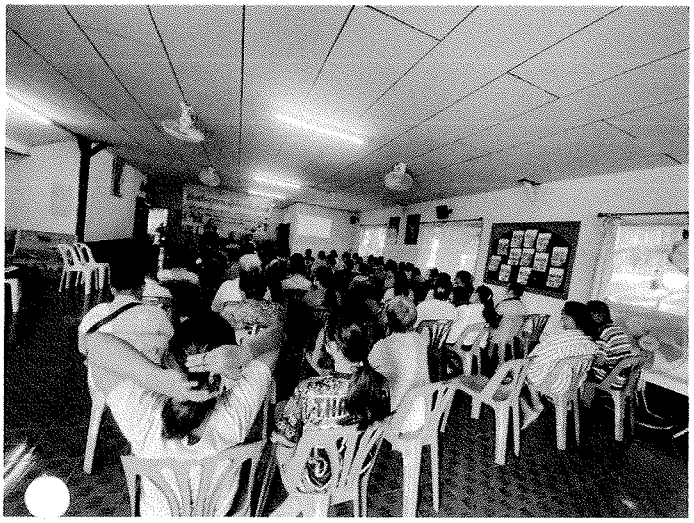
โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

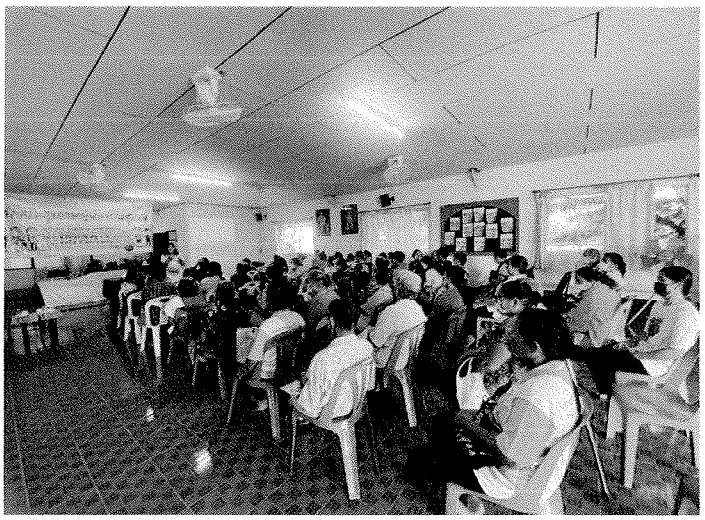
วันที่ 29 กันยายน 2566

สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนดอนไพล ต.ท่าเยี่ยม อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา







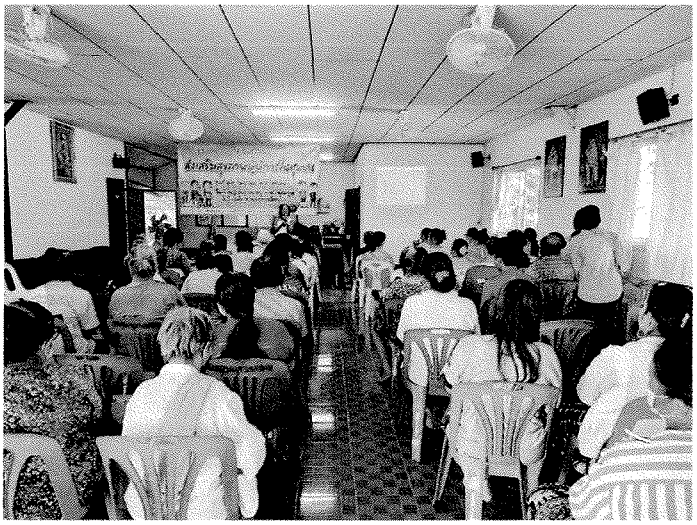


ภาพกิจกรรม

โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

วันที่ 29 กันยายน 2566

สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนดอนไพล ต.ท่าเยี่ยม อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

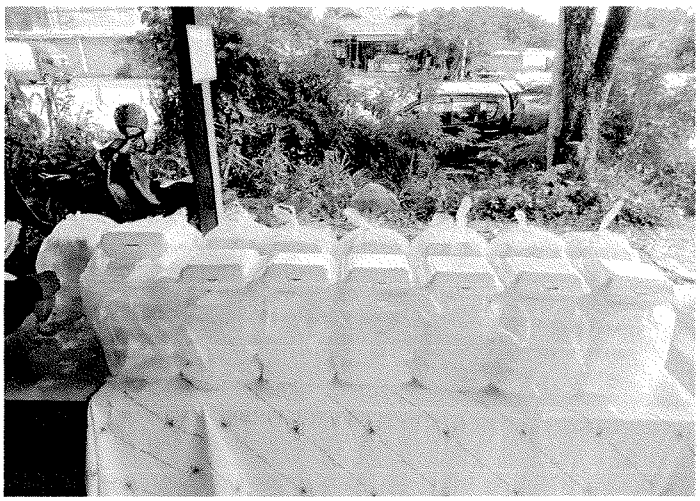


ภาพกิจกรรม

โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

วันที่ 29 กันยายน 2566

สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนดอนไพล ต.ท่าเยี่ยม อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา



แบบตอบรับเข้าร่วม โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

ในวันที่ ...29.. กันยายน พ.ศ. 2566 เวลา 08.30 - 16.00 น.

สถานที่ ณ วัดบ้านปอพราน หมู่ 1 ต.ทุ่งอรุณ ....อำเภอ.....โชคชัย..... จังหวัดนครราชสีมา

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	หมายเหตุ
1	นาย บุญเลิศ แปลกกะโทก	200 ม.1 ต.ทุ่งอรุณ	
2	นาง ฝัน กอกกะโทก	38/1 ม.13 ต.ทุ่งอรุณ	
3	นาง นันทา แก่นกะโทก	88/1 ม.13 ต.ทุ่งอรุณ	
4	นาง มาลัย ตุ้มกะโทก	168 ม.16 ต.ทุ่งอรุณ	
5	นาง น้ำฝน ตุ้มกะโทก	59 ม.16 ต.ทุ่งอรุณ	
6	นาง สายทอง พิกสิน	98/1 ม.13 ต.ทุ่งอรุณ	
7	นาง สา แสงเจ พิกสิน	98/1 ม.13 ต.ทุ่งอรุณ	
8	นาง สา กลอย หนันกะโทก	65/2 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	
9	นาย ณัฐพล โสดา	65/2 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	
10	นาง ตุ่น กว่างกะโทก	120 ม.13 ต.ทุ่งอรุณ	
11	นาง สา นัมราพา พันจันทึก	224 ม.13 ต.ทุ่งอรุณ	
12	นาง มาลี ทำยสำเร็จ	202 ม.16 ต.ทุ่งอรุณ	
13	นาย บุญเลิศ มุกกะโทก	5 ม.16 ต.ทุ่งอรุณ	
14	น.ส. บุญเหลือ โกตะศักแสน	5 ม.16 ต.ทุ่งอรุณ	
15	นาย พิสาง มิงหมื่นไวย	61 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	
16	นาง สา นัมพา หนันกะโทก	80 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	
17	นาย ตุ่น ชาศกะโทก	84 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	
18	นาง สา สุภาพ ชาศกะโทก	64 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	
19	นาง สำไพ เกษตรจังหวัด	9/1 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	
20	นาย สมจิน เกษตรจังหวัด	7/1 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	หมายเหตุ
21	นาย ทองพูน แซกกะ:ทก	114/ ม. 8 ต. ท่าขนาน	
22	นาย ชัยการ ศรีสุวรรณ	114 ม. 8 ต. ท่าขนาน	
23	น.ส. ศิริวรรณ ค้อกกะ:ทก	51 ม. 8 ต. ท่าขนาน	
24	นาย ทวีพล บุญยงค์	44/1 ม. 1 ต. ท่าขนาน	
25	นาง เกษร บุญธรรม	44/1 ม. 1 ต. ท่าขนาน	
26	นาง สำเนียง กมกกะ:ทก	71 ม. 13 ต. ท่าขนาน	
27	น.ส. คมพร สายกกะ:ทก	178 ม. 13 ต. ท่าขนาน	
28	นาง สุภาพร ศรีสำโรง	52 ม. 16 ต. ท่าขนาน	
29	นาย เจริญ ชมภาบุตร	67 ม. 8 ต. ท่าขนาน	
30	นาย สมพร ท่าจิตต์	67 ม. 8 ต. ท่าขนาน	
31	นาง มงคล ฉิมหนู	83 ม. 16 ต. ท่าขนาน	
32	นาย ชาตรี จ่ายกกะ:ทก	165 ม. 16 ต. ท่าขนาน	
33	น.ส. พิมพกานต์ แก่นกกะ:ทก	119 ม. 16 ต. ท่าขนาน	
34	นาง มาลี ทายกกะ:ทก	128 ม. 16 ต. ท่าขนาน	
35	นาง ปะยงค์ ชานกกะ:ทก	201 ม. 16 ต. ท่าขนาน	
36	นาง ปะจวบ สองสี	7 ม. 16 ต. ท่าขนาน	
37	นาง จิ๋น เพชากกะ:ทก	189 ม. 13 ต. ท่าขนาน	
38	นาง พิมพา ทนกกะ:ทก	37/1 ม. 1 ต. ท่าขนาน	
39	นาง บุพผา ทาฝั้งชาย	140 ม. 13 ต. ท่าขนาน	
40	นาย ชลสิทธิ์ ทาฝั้งชาย	140 ม. 13 ต. ท่าขนาน	
41	น.ส. จิ:นันท์ ศิลป์สันเทียะ	40 ม. 1 ต. ท่าขนาน	
42	นาง ผิว ศิลป์สันเทียะ	40 ม. 1 ต. ท่าขนาน	
43	นาง นฤมล ทาบุจนคุณดี	160 ม. 1 ต. ท่าขนาน	

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	หมายเหตุ
44	น.ส. วาสนา ทุ่มกะโทก	1 ม. 16 ต. ท่างอาม	
45	นาง แสง ทาวตาบุรี	110 ม. 16 ต. ท่างอาม	
46	นาย ทะเนศ ทาตะโทก	26 ม. 16 ต. ท่างอาม	
47	นาย สมภิพาเกม เกตผักแว่น	74. ม. 1 ต. ท่างอาม	
48	นาง ช่อ พงศ์ศิริกาญจน์	66 ม. 13 ต. ท่างอาม	
49	นาย สมพงษ์ เการ์มรี	109 /1 ม. 16 ต. ท่างอาม	
50	น.ส. แสงอาม ราวผักแว่น	89 ม. 1 ต. ท่างอาม	
51	น.ส. ณิชา ราวผักแว่น	100/1 ม. 1 ต. ท่างอาม	
52	นาง สายพาน กอกกะโทก	165 ม. 16 ต. ท่างอาม	
53	นาย สมัน มุงกะโทก	65/1 ม. 13 ต. ท่างอาม.	
54	นาง แสม กุหยี่จันยก	73 ม. 13. ต. ท่างอาม	
55	นาง ฟ้าชณา ปู่ตาจังหีด.	897 ม. 3. ต. ท่างอาม	
56	นาง เกสือม เมินกะโทก	82 ม. 1 ต. ท่างอาม	
57	ด.ญ จันจิรา ศรีเรือง	82. ม. 1 ต. ท่างอาม	
58	นางสาว ชุติมา ชัยนกะโทก	97 ม. 16 ต. ท่างอาม	
59	นาง กมลพรรณ์ ฟ้างมงคล	117 ม. 2 ต. ท่างอาม	
60	นาย ศิรเมธ์ มุงกะโทก	53/1 ม. 2 ต. ท่างอาม	
61	นาง ทองทิพย์ รางกะโทก	225/1 ม. 16 ต. ท่างอาม	
62	นาย สมพล กบกะโทก	37/1 ม. 1 ต. ท่างอาม	
63	นาง สมหลง เพิ่มนิล	46 ม. 2 ต. ท่างอาม	
64			
65			
66			

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	หมายเหตุ
67			
68			
69			
70			

ลงชื่อ .....สุรีรัตน์.....

(นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก)

ประธาน ผู้พิการ. หมู่ 1 / 2 / 13 และ 16 ต. ทุ่งอรุณ อ.โ

ลงทะเบียนเข้าร่วม โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

ในวันที่ 29 กันยายน 2566 เวลา 08.30 - 16.00 น.

สถานที่ ณ วัดบ้านปอพราน หมู่ 1 ต.ทุ่งอรุณ....อำเภอ.....โชคชัย..... จังหวัดนครราชสีมา

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมอบรม		เบอร์โทร	หมายเหตุ
				เช้า	บ่าย		
1	นายบุญเทียม เปลี่ยนกลางโทก	200 ม.1 ต.ทุ่งอรุณ	พิการ	บุญเทียม	บุญเทียม	0969763342	
2	นาง พัน กอกกลางโทก	98/1 ม.13 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	พัน	พัน		
3	นาง บันเทา แก่นกระโทก	82/1 ม.13 "	อ.ส.ม.	บันเทา	บันเทา	0656179852	
4	นาง ทาลัย ดุมกระโทก	168 ม.16 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	ทาลัย	ทาลัย		
5	นาย บัวพัน ดันกระโทก	59 16	ผู้ดูแล	บัวพัน	บัวพัน		
6	นาง สายหลง พิทักษ์	98/1 ม.13 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	สายหลง	สายหลง	0642695623	
7	นายสม แสงระวี พิทักษ์	98/1 ม.13 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้ดูแล	แสงระวี	แสงระวี	0642695623	
8	นางสาว กลาย ดันกระโทก	65/2 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	กลาย	กลาย	0838631892	
9	นาย อัฐพล โชคดา	65/2 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้ดูแล	กร	กร	084 0848890	
10	นางอุดม กลางกระโทก	190 หมู่ 13 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	อุดม	อุดม	0949913589	
11	นางสาว อัมพร พันจันทึก	224 หมู่ 13 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้ดูแล	แพม	แพม	0949913589	
12	นาง มาลี หาญสิทธิ์	202 หมู่ 16 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	มาลี	มาลี	0630323924	

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการจริง

(นางสาวรัตน์ ห่อกระโทก)

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมอบรม		เบอร์โทร	หมายเหตุ
				เช้า	บ่าย		
13	นาย บุญเลิศ มุ่งกระโทก	5 ม.16 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้แทน	บุญเลิศ	บุญเลิศ	062-251-8818	
14	นาย บุญเลิศ เกิดผิดแม่น	5 ม.16 ต.ทุ่งอรุณ	พิการ				
15	นาย พิศวง มั่งหมื่นไวย	61 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ				
16	น.ส อัมพร หนักนกระโทก	80.2 ต. ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	อัมพร	อัมพร	063 1234 758	
17	นาย ดูณ ชาติกระโทก	71 หมู่ 2 ต. ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	ดูณ	ดูณ		
18	น.ส. สุรภพร ชาติกระโทก	84 หมู่ 2 ต. ทุ่งอรุณ	ผู้ดูแล	สุรภพร	สุรภพร	088 342 4892	
19	นาง ลำไพ เกษตรอัมพวา	91/1 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	พิการ	ลำไพ	ลำไพ		
20	นาย วุฒิชัย เกษตรอัมพวา	91/1 ม. 2 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้แล	วุฒิชัย	วุฒิชัย	061164 0087	
21	นาง ทองพูน ชาติกระโทก	114/ม.2 ต. ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ				
22	นาย ธีรพร สายเล้า	114/ม.2 ต. ทุ่งอรุณ	ผู้ดูแล	ธีรพร	ธีรพร	065 612 2217	
23	น.ส. สุรีรัตน์ ชาติกระโทก	51 ม. 2. ต. ทุ่งอรุณ	พิการ	สุรีรัตน์	สุรีรัตน์	092 920 7484	
24	นาย ทรงพล บุญลิวรม	44/1 ม.1	ผู้พิการ	ทรงพล	ทรงพล		
25	นาย เกาะ บุญลิวรม	44/1 ม. 1	ผู้ดูแล	เกาะ	เกาะ		
26	นาง ลำนอง ภูมิกระโทก	91 ม. 13	อ.ส.ม.	ลำนอง	ลำนอง		
27	น.ส. สมพร จอมกระโทก	178 ม. 13	ผู้พิการ				

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการจริง

สิรีรัตน์

(นางสิรีรัตน์ ชาติกระโทก)

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมอบรม		เบอร์โทร	หมายเหตุ
				เช้า	บ่าย		
28	สุลาพร ชัยชลิตโสม	59 หมู่ 16 ต.ท่าอ	ผู้ดูแล	สุลาพร	สุลาพร	0 0323	
29	เฉลิญ ชมดงบุรี	67 หมู่ 2 ต.หนองอุ	ผู้พิการ	เฉลิญ	เฉลิญ	0845164590	
30	สมพร หมื่นไชยวงศ์	67 หมู่ 2 ต.หนองอุ	ผู้ดูแล	สมพร	สมพร	0845164590	
31	วงศา อัจฉราวุ	83 ม.16	ผู้พิการ	วงศา	วงศา	098-0016581	
32	ชลรัศมิ์ ศ่าบสารปัน	165 ม.16	ผู้พิการ	ชลรัศมิ์	ชลรัศมิ์		
33	ศิมมณฑ์ ภาคารปัน	119 ม.16	ผู้ดูแล	ศิมมณฑ์	ศิมมณฑ์	0923169919	
34	มาลี ทรายกรปัน	128 ม.16	ผู้พิการ	ศิมมณฑ์	ศิมมณฑ์	0923169919	
35	ประยงค์ ชวนการปัน	201 ม.16	ผู้พิการ	[illegible]	[illegible]		
36	ประสม รอดสี้	5/ ม.16.	ผู้พิการ	ประสม	ประสม		
37	นางอ้น เนมาการปัน	189 ม.13	ผู้ดูแล	อ้น	อ้น		
38	พิมพา ทรายสีทก	37/1 ม.1	ผู้ดูแล	พิมพา	พิมพา	0952956845	
39	นาย บุพัน การสมคม	140 ม.13	ผู้ดูแล	บุพัน	บุพัน	0982285434	
40	นาย ชลสิทธิ์ การพิมาย	140 ม.13	ผู้พิการ	ชลสิทธิ์	ชลสิทธิ์		
41	น.ร. อี-เหนียง ศิลปอัน เสน	40 ม.1	ผู้ดูแล	สงเพ็ญ	สงเพ็ญ	096-9209010	
42	นาง อี๊ ศิลปอันเสน	40 ม.1	ผู้พิการ	อี๊	อี๊	096-9209010	

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการจริง

สุรีรัตน์

(นางสุรีรัตน์ ต่อกระโทก)

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมอบรม		เบอร์โทร	หมายเหตุ
				เช้า	บ่าย		
43	นางบุบผา กาญจนพูนลาภ	160 ม.1 ต. ทุ่งอุดม	อสม.	บุบผา	บุบผา	087-9658170	
44	น.ส. วิมล ตุ้มกลิ่นพงา	1 ม.16 ต. ทุ่งธงชัย	ผู้พิการ	วิมล	วิมล	098-1963370	
45	นาง แก่น ตาแสงครมรี	110 ม.16	ผู้พิการ	แก่น	แก่น		
46	ทะเนตร โสดาก่อวิหาร	26 ม.16	ผู้พิการ	ทะเนตร	ทะเนตร	096 464 5131	
47	นายคัมภีรพรรณ เกิดผลแว่น	ม1	ผู้พิการ	คัมภีรพรรณ	คัมภีรพรรณ		
48	นาง ช้อ ผงสิงห์กาญจน์	66 ม13	อสม.	ช้อ	ช้อ	087-9638444	
49	นาย สมหมาย เสียงดี	109/1 ม. 16		สมหมาย	สมหมาย	089-9306318	
50	น.ส. แสงอรุณ รวมผลแว่น	89 ม. 1	ผู้พิการ	แสงอรุณ	แสงอรุณ	084-1058201	
51	นางสาว สนิท รวมผลแว่น	100/1 ม.1	ผู้ดูแล	สนิท	สนิท		
52	นางสาวพาน ดอกกระโทก	165 ม.16	ผู้ดูแล	สาวพาน	สาวพาน	0801533852	
53	สมร มุขกระโทก	65/1 ม13	ผู้พิการ	สมร	สมร	099-0674664	
54	นาง แต้ม ฤทธิ์ศรีนอก	73 ม 13	ผู้ป่วย	แต้ม	แต้ม	0935329297	
55	ศิริรัตน์ ปิดสังหวด	297 ม3	ผู้ดูแล	ศิริรัตน์	ศิริรัตน์		
56	นางเกสร เมืองกระโทก	82 ม.1	ผู้พิการ	เกสร	เกสร	0892652125	
57	รัฐชิดา ศรชัย	82 ม.1	ผู้ดูแล	รัฐชิดา	รัฐชิดา	062998 1463	

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการจริง

สุธีรัตน์

(นางสุธีรัตน์ น้อกระโทก)

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมอบรม		เบอร์โทร	หมายเหตุ
				เช้า	บ่าย		
58	หญิงสาวชลิตา เมืองกระโทก	97 ม.16 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	ชลิตา	ชลิตา	095-2647560	
59	นางกมลทิพย์ มั่งมลดล	119/ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	กมลทิพย์	กมลทิพย์		
60	นายวัชรพงศ์ มุ่งกระโทก	53/1 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	วัชรพงศ์	วัชรพงศ์		
61	นางทองทิพย์ ช่วงกระโทก	225/1ม ต.ทุ่งอรุณ	อสม.	ทองทิพย์	ทองทิพย์		
62	นายสมหมาย กามกระโทก	37/1 ม.1 ต.ทุ่งอรุณ	ผู้พิการ	สมหมาย	สมหมาย		
63	นางตีมหลอด เพ็ชรนิล	46 ม.2 ต.ทุ่งอรุณ	อสม	ตีมหลอด	ตีมหลอด	0864898366	
64							
65							

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการจริง

ศิริรัตน์

(นางสาวศิริรัตน์ ช่องการโกฏ)

เล่มที่/Book No./本號. 5

เลขที่/ Bill No./單號. 10

หจก.สินธร แก่นกรุโพธิ์
123 ม.7 ต. หนองผือ อ. โกสุม
จ. มค.

บิลเงินสด
CASH SALE/ 現兌單

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1-3007-00015-54-5

นามลูกค้า Customer กลุ่มอุตสาหกรรม ม. 1 12/13 ตบล 16 วันที่ Date 29 ก.ค. 2566

ที่อยู่ 住址 Address ต. หัวดง อ. โกสุม จ. มค.

จำนวน Quantity 數量	รายการ / Description / 貨名	หน่วยละ Unit Price 價註	จำนวนเงิน Amount 銀額	
60 ชุด	- ค่าสักหน้าอาหารจ่าง X 2 ฮีด	50฿	3000	-
1	ฮีดละ 25 นาที		1	
60 ชุด	- ค่าสักหน้าอาหารกลางวัน	50	3000	-
1			1	
บาท Baht 銖	- หกพันบาทถ้วน -	รวมเงิน Total 共銀	6,000	-

ผู้รับเงิน/Collector/ 收貨人 จันทร แก่นกรุโพธิ์

ขอบคุณทุกท่านที่อุดหนุน
Thank You For Your Kind Attention

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 1 3007 00015 54 5
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ทินกร แก่นกระโทก
Name Mr. Thinakorn
Last name Kaenkrathok
เกิดวันที่ 1 ก.พ. 2529
Date of Birth 1 Feb. 1986
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 123 หมู่ที่ 7 ต.ท่าเยี่ยม อ.โชคชัย
จ.นครราชสีมา
1 มี.ค. 2559
วันออกบัตร
1 Mar. 2016
Date of Issue
(สาทิตย์ บุญระโยกุล)
เจ้าพนักงานออกบัตร
31 ม.ค. 2568
วันบัตรหมดอายุ
31 Jan. 2025
Date of Expiry
3007-03-03011129

สำเนาถูกต้อง
ทินกร แก่นกระโทก

เล่มที่ Book No. 25/66

กอบสุข ผลิตป้าย โชคชัย
เลขที่ 60 ม.8 ต.เสริมประชา ต.โชคชัย อ.โชคชัย
จ.นครราชสีมา 30190 โทร. 085-6623447
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3001659000059
ทะเบียนพาณิชย์ แบบ พค. 0403/300700108612

เลขที่ Bill No. 24

บิลเงินสด
CASH SALE 現兌單

นาม 實號 Name สุวมนฟาร์ม 12,13,16 ต้นป่อ หนองบัวลำภู วันที่ 日期 Date 28 ก.ย. 2566

ที่อยู่ 住址 Address ทะเบียนการค้า 商標編號 Commlicence

จำนวน Quantity 數量	รายการ Description 貨名	หน่วยละ Unit Price 備註	จำนวนเงิน Amount 銀額	
1	ป้ายไวนิล ขนาด 150×300 Cm	450	450	-
บาท Baht 銖	สี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน	รวมเงิน Total 共銀	450	-

ผู้รับเงิน 收銀人 Collector

ทะเบียนเลขที่ 3300700108612
คำขอที่ 30018590000059

แบบ พค. 0403

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์
ใบทะเบียนพาณิชย์
ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า

นาย นพพล กอบสุขนิรันดร์

ได้จดทะเบียนพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ.2499
เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2559
ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชยกิจ

"กอบสุข"

เขียนเป็นอักษรโรมัน

สำเนาถูกต้อง
นพพล กอบสุขนิรันดร์

ชนิดแห่งพาณิชยกิจ
-รับทำป้ายอิงเจ็ท , ป้ายไวนิล ตัดสติกเกอร์ , เขียนไฟ.)

ที่ตั้งสำนักงานแห่งใหญ่
เลขที่ 60 หมู่ที่ 8 ตรอก/ซอย - ถนน เสรีประชา
ตำบล/แขวง โชคชัย อำเภอ/เขต โชคชัย จังหวัด นครราชสีมา

ออกให้ ณ วันที่ 9 ธันวาคม 2559

นายวิชาญ ประภาวงษ์
นายทะเบียน

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 3007 00108 61 2
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย นพพล กอบสุขนิรันดร์
Name Mr. Neppon
Last Name Kobsuknirun
เกิดวันที่ 19 ม.ค. 2524
Date of Birth 19 Jan. 1981
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 36 หมู่ที่ 11 ต.พลับพลา อ.โชคชัย
จ.นครราชสีมา
31 ม.ค. 2557
วันออกบัตร
31 Jan. 2014
Date of Issue
เจ้าพนักงานออกบัตร
18 ม.ค. 2524
วันบัตรหมดอายุ
18 Jan. 2023
Date of Expiry
3007-02-01111198

รายการเกี่ยวกับบ้าน เล่มที่ 1

เลขรหัสประจำบ้าน 3007-004841-0 สำนักทะเบียน อำเภอโชคชัย

รายการที่อยู่ 36 หมู่ที่ 11
ตำบลพลับพลา อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อหมู่บ้าน ชื่อบ้าน

ประเภทบ้าน บ้าน ลักษณะบ้าน

วัน เดือน ปี ที่กำหนดบ้านเลขที่

ลงชื่อ นายทะเบียน
(นางสิรินรรยา วรรฆศรี)
วันเดือนปีที่พิมพ์ทะเบียนบ้าน 31 มกราคม 2551

1

สำเนาถูกต้อง

นพพล กอบสุขนิรันดร์

เล่มที่ 1 รายการบุคคลในบ้านของเลขรหัสประจำบ้าน 3007-004841-0 ลำดับที่ 4

ชื่อ นายนพพล กอบสุขนิรันดร์ สัญชาติ ไทย เพศ ชาย

เลขประจำตัวประชาชน 3-3007-00108-61-2 สถานภาพ ผู้อาศัย เกิดเมื่อ 19 ม.ค. 2524

มารดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ สมบูรณ์ 3-3007-00108-58-2 สัญชาติ ไทย

บิดาผู้ให้กำเนิด ชื่อ เกษม 3-3007-00108-59-1 สัญชาติ ไทย

* มาจาก

60 หมู่ที่ 8 ต.โชคชัย
อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา เมื่อ 18 พ.ย. 2556

นายทะเบียน
(น.ส.ผกาพร ดวงนอก)
นายทะเบียน

** ไปที่

5

บิลเงินสด

เล่มที่ BOOK NO. 180 CASH SALE เลขที่ BILL NO. 06

ร้าน ป.ปูก๊อปปี้ จำหน่ายอุปกรณ์เครื่องเขียน
บริการอินเตอร์เน็ตด้านการศึกษา อุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์
ถ่ายเอกสาร เข้าเล่ม
เลขที่ 156 หมู่ 1 ต.โชคชัย อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา 30190
โทร.089-1546450,088-4938363 แฟกซ์ 044-492572
E-Mail: ist_pu@hotmail.com

หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3300700115325

นาม/Name กลุ่มสาระฯ ม.1/2/13 คน.16 วันที่/Date 28 ก.ย. 2566

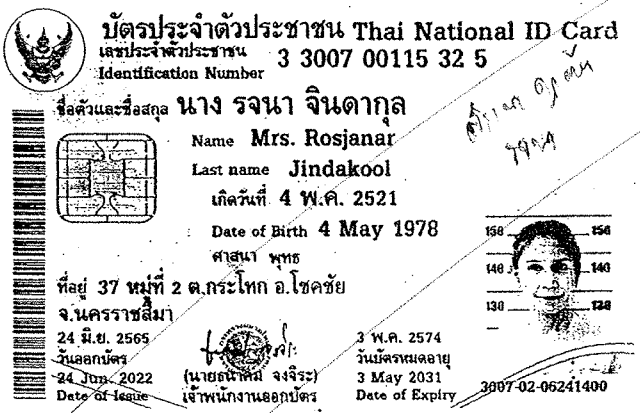
ที่อยู่/Address ต. ทุ่งอรณ อ. โชคชัย จ. นม.

หมายเลขทะเบียนการค้า 3051553000323

จำนวน Quantity	รายการ Description	ราคา Price	จำนวนเงิน Amount บาท	สต.
60 ตัว	- ปากกาลูกลื่น หัวเข็ม	5 บาท	300	-
5 โหล	- ดินสอไม้	80 บาท	400	-
5 โหล	- ซองใส่เอกสาร	100 บาท	500	-
บาท Baht	- หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน -	รวมเงิน Total	1200	-

ราคา

ผู้รับเงิน.....
Callector



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 3 3007 00115 32 5
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง รจนา จินดากุล
Name Mrs. Rosjanar
Last name Jindakool
เกิดวันที่ 4 พ.ค. 2521
Date of Birth 4 May 1978
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 37 หมู่ที่ 2 ต.กระโทก อ.โชคชัย
จ.นครราชสีมา
24 มิ.ย. 2565
วันออกบัตร
24 Jun. 2022
Date of Issue
(นายณัฐพัฒ จงจิระ)
เจ้าพนักงานออกบัตร
3 พ.ค. 2574
วันบัตรหมดอายุ
3 May 2031
Date of Expiry
3007-02-06241400

ทะเบียนเลขที่ 3300700115325 แบบ พค. 0403
คำขอที่ 3051553000323

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
สำนักงานกลางทะเบียนพาณิชย์
ใบทะเบียนพาณิชย์
ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า

นางรจนา จิบกลิ่น

ได้จดทะเบียนพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2499
เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2553
ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชยกิจ

ป.ปลาสวย

เขียนเป็นอักษรโรมัน

ชนิดแห่งพาณิชยกิจ
- จำหน่ายโทรศัพท์เคลื่อนที่ และเครื่องใช้ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์./
- บริการเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์เพื่อใช้อินเตอร์เน็ต./

ที่ตั้งสำนักงานแห่งใหญ่

เลขที่ 156 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย - ถนน เสรีประชา
ตำบล/แขวง โชคชัย อำเภอ/เขต โชคชัย จังหวัด นครราชสีมา

ออกให้ ณ วันที่ 18 มกราคม 2553

(.....)

แบบตอบรับวิทยากรอบรม

โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

วันที่ 29 กันยายน 2566

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ลลิลลง ชีสิริเสรีพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
ที่อยู่ 86 ม.5 ต.หนองหญ้า อ.โชคชัย ทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ 089-5801849
ตามที่ อสม หมู่ 1 ,2 ,13 และ 16 ต.ทุ่งอรุณ อ.โชคชัย จ. นครราชสีมา ได้จัดโครงการ
ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน ในวันที่ 29 กันยายน 2566 ณ วัดบ้านปอพราน ตำบลทุ่งอรณ
อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งในการอบรมตามวันและเวลา ดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้า

(✓) สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้
(.....) ไม่สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้ เนื่องจาก .....

ลงชื่อ .....
(นางลลิลลง ชีสิริเสรีพันธ์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๒๙....เดือน...กันยายน .....พ.ศ.. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า..นางสุลาวัลย์ จึงสิริเสรีพันธ์ ...บ้านเลขที่....๘๖...ถนน.....หมู่...๕.....

ตำบล..พลับพลา .....อำเภอ.....โชคชัย.....จังหวัด....นครราชสีมา.....ได้รับเงินจาก กลุ่ม ผู้พิการ หมู่ ๑ /๒ /๑๓ และ ๑๖ ต. ทุ่งอรุณ อ. โชคชัย จ. นม ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	บาท	สต.
๑	ค่าตอบแทนวิทยากร โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน จำนวน ๒ ชม.	๑,๒๐๐	
		๑,๒๐๐	

หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(นางสุลาวัลย์ จึงสิริเสรีพันธ์)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก)

ตำแหน่ง ประธานกลุ่ม ผู้พิการ หมู่ ๑ /๒ /๑๓ และ ๑๖ ต. ทุ่งอรุณ

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 3 3007 00197 75 5
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง สุลาวัลย์ จึงสิริเสรีพันธ์
Name Mrs. Sulawun
Last name Jhungsirisaereephan
เกิดวันที่ 12 มิ.ย. 2522
Date of Birth 12 Jun. 1979
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 86 หมู่ที่ 5 ต.พลับพลา อ.โชคชัย
จ.นครราชสีมา
22 พ.ค. 2563
วันออกบัตร
(นายธนาคม จงจิระ)
11 มิ.ย. 2571
วันบัตรหมดอายุ
3007-02-05220905

สำเนาถูกต้อง

(นางสุลาวัลย์ จึงสิริเสรีพันธ์)

แบบตอบรับวิทยากรอบรม

โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

วันที่ 29 กันยายน 2566

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สำเรียง ดอนหน่า ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชำนาญการ
ที่อยู่ 109/1 ม.13 ต.ทุ่งอรุณ อ.โชคชัย โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ 084-9631418
ตามที่ อสม หมู่ 1 ,2 ,13 และ 16 ต.ทุ่งอรุณ อ.โชคชัย จ. นครราชสีมา ได้จัดโครงการ
ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน ในวันที่ 29 กันยายน 2566 ณ วัดบ้านปอพราน ตำบลทุ่งอรุณ
อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งในการอบรมตามวันและเวลา ดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้า

(.....✓.....) สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้
(.....) ไม่สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้ เนื่องจาก .....

ลงชื่อ .....
(สำเรียง ดอนหน่า)
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชำนาญการ

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๒๙....เดือน...กันยายน .....พ.ศ.. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า..นางรุ่งเรือง นิยมนา ...บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่.....

ตำบล..โชคชัย.....อำเภอ.....โชคชัย.....จังหวัด....นครราชสีมา.....ได้รับเงินจาก กลุ่ม ผู้พิการ หมู่ ๑ /๒ /๑๓ และ ๑๖ ต. ทุ่งอรุณ อ. โชคชัย จ. นม ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	บาท	สต.
๑	ค่าตอบแทนวิทยากร โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน จำนวน ๒ ชม.	๑,๒๐๐	
		๑,๒๐๐	

หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(นางรุ่งเรือง นิยมนา)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก)

ตำแหน่ง ประธานกลุ่ม ผู้พิการ หมู่ ๑ /๒ /๑๓ และ ๑๖ ต. ทุ่งอรุณ

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 3 3007 00088 68 9
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง รุ่งเรือง นิยมนา
Name Mrs. Rungruang
Last name Niyomna
เกิดวันที่ 1 เม.ย. 2506
Date of Birth 1 Apr. 1963
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 109/1 หมู่ที่ 13 ต.โชคชัย อ.โชคชัย
จ.นครราชสีมา
27 ส.ค. 2563
วันออกบัตร
27 Aug. 2020
Date of Issue
(นายธนาศิลป์ จงจิระ)
เจ้าพนักงานออกบัตร
31 มี.ค. 2572
วันบัตรหมดอายุ
31 Mar. 2029
Date of Expiry
3007-04-08271409

(สำเนาถูกต้อง)

โฟกัสเอกสารคมชัด

แบบตอบรับวิทยากรอบรม

โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

วันที่ 29 กันยายน 2566

ข้าพเจ้า ~~นาย/นาง~~/นางสาว ปานพร ศิริกระโทก ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ
ที่อยู่ 109/1 ม.13 ต.โชคชัย อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ 084-9964484
ตามที่ อสม หมู่ 1 ,2 ,13 และ 16 ต.ทุ่งอรุณ อ.โชคชัย จ. นครราชสีมา ได้จัดโครงการ **ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน** ในวันที่ 29 กันยายน 2566 ณ วัดบ้านปอพราน ตำบลทุ่งอรุณ อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งในการอบรมตามวันและเวลา ดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้า

(✓) สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้
(.....) ไม่สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้ เนื่องจาก .....

ลงชื่อ ปานพร ศิริกระโทก
(นางสาวปานพร ศิริกระโทก)
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๒๙....เดือน...กันยายน .....พ.ศ.. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า..... ...บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่.....

ตำบล.....อำเภอ.....โชคชัย.....จังหวัด....นครราชสีมา.....ได้รับเงินจาก กลุ่ม ผู้พิการ หมู่ ๑ /๒ /๑๓ และ ๑๖ ต. ทุ่งอรุณ อ. โชคชัย จ. นม ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	บาท	สต.
๑	ค่าตอบแทนวิทยากร โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน จำนวน ๑ ชม.	๖๐๐	
		๖๐๐	

หกร้อยบาทถ้วน

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(น.ส. ปานริพ ลัยกะโทก)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก)

ตำแหน่ง ประธานกลุ่ม ผู้พิการ หมู่ ๑ /๒ /๑๓ และ ๑๖ ต. ทุ่งอรุณ

สำเนาถูกต้อง
ปานจิตร ฉัตรกระโทก
(น.ส.ปานจิตร ฉัตรกระโทก)

แบบตอบรับวิทยากรอบรม

โครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน

วันที่ 29 กันยายน 2566

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นงลักษณ์ จันมะโน ตำแหน่ง จพ. ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน
ที่อยู่ 166 ม. 8 ต. โพธิ์ อ. โชคชัย จ. นม โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ 097-3413648
ตามที่ อสม หมู่ 1 ,2 ,13 และ 16 ต.ทุ่งอรุณ อ.โชคชัย จ. นครราชสีมา ได้จัดโครงการ
ส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน ในวันที่ 29 กันยายน 2566 ณ วัดบ้านปอพราน ตำบลทุ่งอรณ
อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งในการอบรมตามวันและเวลา ดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้า

(✓) สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้
(.....) ไม่สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้ เนื่องจาก .....

ลงชื่อ .....
(นางนงลักษณ์ จันมะโน)
ตำแหน่ง จพ. ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๒๙....เดือน...กันยายน .....พ.ศ.. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า..นางนงลักษณ์ จีนมะโน ...บ้านเลขที่...๑๓๐.....ถนน.....หมู่...๙....

ตำบล..พลับพลา.....อำเภอ.....โชคชัย.....จังหวัด....นครราชสีมา.....ได้รับเงินจาก กลุ่ม ผู้พิการ หมู่ ๑ /๒ /๑๓ และ ๑๖ ต. ทุ่งอรุณ อ. โชคชัย จ. นม ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	บาท	สต.
๑	ค่าตอบแทนวิทยากร โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชน จำนวน ๑ ชม.	๖๐๐	
		๖๐๐	

หกร้อยบาทถ้วน

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(นางนงลักษณ์ จีนมะโน)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

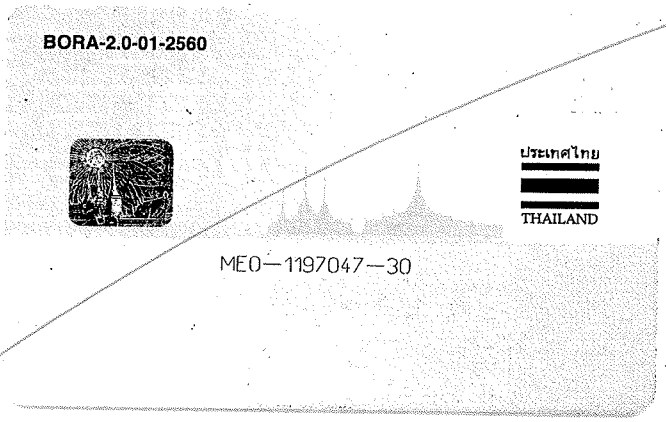
(.นางสุรีรัตน์ ฉ่อกระโทก)

ตำแหน่ง ประธานกลุ่ม ผู้พิการ หมู่ ๑ /๒ /๑๓ และ ๑๖ ต. ทุ่งอรุณ

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 3 3007 00213 88 2
ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง นงลักษณ์ จีนมะโน
Name Mrs. Nonglux
Last name Jeenmano
เกิดวันที่ 26 พ.ย. 2526
Date of Birth 26 Nov. 1983
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 768/9 ถ.เบญจรงค์ ต.ในเมือง อ.เมืองนครราชสีมา
จ.นครราชสีมา
30 พ.ย. 2560
วันออกบัตร
30 Nov. 2017
Date of Issue
ร้อยตำรวจโท
(อาทิตย์ บุญนะโยภัย)
เจ้าพนักงานออกบัตร
25 พ.ย. 2569
วันบัตรหมดอายุ
25 Nov. 2026
Date of Expiry
3007-03-11301119

สำเนาถูกต้อง

นางนงลักษณ์ จีนมะโน



BORA-2.0-01-2560
ประเทศไทย
THAILAND
ME0—1197047—30