แบบสรุปโครงการ/งบประมาณที่ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

หน่วยบริการประจำครอบครัว หน่วยบริการ

หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการ

ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำครอบครัว (หน่วยบริการ) ที่ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	งบประมาณ (บาท)	วันที่ดำเนินโครงการ	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ	
				จำนวน (คน)	ระบุพื้นที่
๑	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบล ปู่หิน อำเภอหินตก จังหวัดหินตก	๑๐,๐๐๐	๑ ต.ค. ๖๖ - ๓๐ ก.ย. ๖๗	๑๐๐	หมู่ที่ ๑

ขอรับรองข้อมูลถูกต้อง

ผู้รับรองข้อมูล

(นายสุขใจ ใจดีมาก)

ตำแหน่ง ปลัดอำเภอหินตก

ผู้ประสานงานโครงการ/หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน