



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ที่ ขร ๘๑๕๐๑/..... วันที่ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการประเมินความพึงพอใจต่อภาพรวมของโครงการ ตามโครงการส่งเสริมญาติและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในการใช้กายอุปกรณ์เพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม

ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม สำนักปลัด ได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานตามโครงการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุมในการดำเนินงาน โดยสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ที่ได้นำส่งโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนเป็นผู้ดำเนินการ โดยได้จัดทำแบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่มีต่อการให้บริการ ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจนี้มาประมวลและสรุปผลลัพท์ในการทำแผนปรับปรุงการให้บริการและดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่องในด้านการบริการต่างๆ ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้นต่อไป

ดังนั้น กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม สำนักปลัด จึงขอรายงานผลการประเมินความพึงพอใจต่อภาพรวมของโครงการ ของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ตามโครงการส่งเสริมญาติและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในการใช้กายอุปกรณ์เพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม ตามรายละเอียดแนบท้ายบันทึกนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวอภิษฎา บุญลือ)
ผู้ช่วยเจ้าพนักงานสาธารณสุข

ความเห็นหัวหน้าสำนักปลัด

- เพื่อโปรดพิจารณา

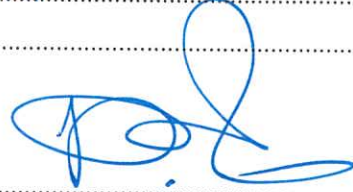
(ลงชื่อ).....

(นายชาติณรงค์ สงคำ)
หัวหน้าสำนักปลัด อบต.

/ความเห็น...

ความเห็นรองปลัด อบต.

รองปลัด อบต. หนองหญ้า



(ลงชื่อ).....

(นายพ่ายพ หมายมัน)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

ปลัด อบต. หนองหญ้า

(ลงชื่อ).....

(นางสาวทันตา ชุมเปีย)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม

ความเห็นของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม ได้พิจารณาแล้ว

ทราบ

ความคิดเห็นอื่น

(ลงชื่อ).....

(นายพัฒนพงษ์ ลาพิงค์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม

ส่วนที่ 3: แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการ
ดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....โครงการส่งเสริมญาติและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในการใช้กายอุปกรณ์เพื่อ
ป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม

1. ผลการดำเนินงาน

- ผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 70 คนคิดเป็นร้อยละ 100
- ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจระดับดีมากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย ร้อยละ
11.43,77.14,7.14,4.29 ตามลำดับ
- กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ร้อยละ 83.86

2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์
- ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม30..... คน

3. การเบิกจ่ายงบประมาณ


งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ10,100.....บาท
งบประมาณเบิกจ่ายจริง10,100.....บาทคิดเป็นร้อยละ.....100.00.....
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ-.....บาทคิดเป็นร้อยละ.....

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ไม่มี
- มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
(.....นางปราณี จันธิมา.....)
ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....
วันที่-เดือน-พ.ศ.20 กันยายน 2562.....

แบบทดสอบความพึงพอใจการจัดประชุม อบรม

โครงการส่งเสริมญาติและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในการใช้กายอุปกรณ์เพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม

คำชี้แจง แบบสอบถาม : โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ และกรอกข้อความให้สมบูรณ์

ระดับ 5 = มากที่สุดหรือดีมาก 4 = มากหรือดี 3 = ปานกลางหรือพอใช้ 2 = น้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน 1 = น้อยที่สุดหรือต้องปรับปรุงแก้ไข

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. กระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ					
1.1 การประชาสัมพันธ์โครงการ ฯ					
1.2 ความเหมาะสมของสถานที่					
1.3 ความเหมาะสมของระยะเวลา					
1.4 ความเหมาะสมของช่วงเวลาที่ดี					
1.5 การจัดลำดับขั้นตอนของกิจกรรม					
2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ/วิทยากร/ผู้ประสานงาน					
2.1 ความรอบรู้ ในเนื้อหาของวิทยากร					
2.2 ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้					
2.3 การตอบคำถาม					
2.4 ความเหมาะสมของวิทยากร ในภาพรวม					
3. การอำนวยความสะดวก					
3.1 เอกสาร					
3.2 โสตทัศนอุปกรณ์					
3.3 เจ้าหน้าที่สนับสนุน					
3.4 อาหาร, เครื่องดื่มและสถานที่					
4. ความพึงพอใจของท่านต่อภาพรวมของโครงการ					

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อภาพรวมของโครงการ

โครงการส่งเสริมญาติและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในการใช้กายอุปกรณ์เพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม จำนวนกลุ่มเป้าหมาย 70 คน

รายการ	ระดับ 5 มากที่สุดหรือดีมาก	ระดับ 4 มากหรือดี	ระดับ 3 ปานกลางหรือพอใช้	ระดับ 2 น้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน	ระดับ 1 น้อยที่สุดหรือต้องปรับปรุงแก้ไข
ความพึงพอใจของท่านต่อภาพรวมของโครงการ	8	54	5	3	0
ร้อยละ	11.43	77.14	7.14	4.29	0.00