



สรุปผล
โครงการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘



สนับสนุนงบประมาณโดย
กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน
อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี





แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน รหัส กปท.L๕๘๖๓
อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑. ชื่อ ☐ แผนงาน ☒ โครงการ ☐ กิจกรรม

ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๒. ผลการดำเนินงาน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน โดยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๔๔ คน ได้แก่ กลุ่มเด็กเล็กและก่อนวัยเรียน และกลุ่มวัยทำงาน มีผู้เข้าร่วมโครงการ ๔๔ คน การให้ความรู้ผู้ปกครองเพื่อดูแลสุขภาพฟันเด็ก เน้นการปรับพฤติกรรมตั้งแต่เด็กแรกเกิด เช่น เริ่มทำความสะอาดเหงือกด้วยผ้าสะอาดทันทีที่ฟันซี่แรกขึ้นให้แปรงฟันด้วยแปรงขนนุ่ม ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ปริมาณเท่าเมล็ดข้าวสาร และบ้วนปากให้หมด หลีกเลี่ยงการให้น้ำหวานหรือนมเปรี้ยวในขวดนมตอนกลางคืน และพาเด็กไปพบทันตแพทย์สม่ำเสมอทุก ๖ เดือน

การประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้จำนวนแบบประเมิน จำนวน ๔๔ ชุด ได้รับแบบประเมินกลับมา จำนวน ๔๔ ชุด และได้นำข้อมูลดังกล่าวมาประมวลและสรุปผล รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมินก่อนและหลัง

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนและร้อยละของเพศของผู้ตอบแบบประเมินก่อนและหลัง

เพศ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หญิง	๓๙	๘๘.๖๔
ชาย	๕	๑๑.๓๖

จากการตอบแบบประเมินพบว่า ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน ๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๖๔ รองลงมา เป็นเพศชาย จำนวน ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๖

/ส่วนที่ ๒...



ส่วนที่ ๒ ความรู้ความเข้าใจจากการเข้าร่วมโครงการก่อนและหลัง

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวน ร้อยละ ความเข้าใจในการเข้าร่วมโครงการ ก่อนและหลัง

(การประเมินผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโครงการ)

ข้อที่	รายการประเมิน	ใช่	ร้อยละ	ไม่ใช่	ร้อยละ
๑	ฟันของคนเรามี ๒ ชุด คือฟันน้ำนมและฟันแท้	๔๔	๑๐๐	-	-
๒	ฟันแท้ซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ ๖ ขวบ อยู่ถัดจากฟันน้ำนมซี่ในสุด	๒๒	๕๐	๒๒	๕๐
๓	ควรพาลูกไปพบทันตแพทย์ตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น หรือภายในอายุ ๑ ขวบ	๓๔	๗๗.๒๗	๑๐	๒๒.๗๓
๔	การรับประทานอาหารจุบจิบหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลจะทำให้ฟันผุ	๓๙	๘๘.๖๔	๕	๑๑.๓๖
๕	ฟันผุมี ๓ ระยะ	๓๔	๗๗.๒๗	๑๐	๒๒.๗๓
๖	การแปรงฟันแรง ๆ จะทำให้ฟันสะอาดมากขึ้น	๑๐	๒๒.๗๓	๓๔	๗๗.๒๗
๗	การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง เช้า - ก่อนนอน และใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุ	๔๓	๙๗.๗๓	๑	๒.๒๗
๘	ลักษณะแปรงที่ดี คือแปรงสีฟันที่มีขนนิ่มพอดี ขนาดเหมาะกับปาก ด้ามจับถนัดมือ	๔๒	๙๕.๔๕	๒	๔.๕๕
๙	โรคฟันผุ ต้องอาศัยระยะเวลาที่กรดสัมผัสฟัน ต่อเนื่องเป็นเวลานาน และบ่อยเพียงพอ	๓๕	๗๙.๕๕	๙	๒๐.๔๕
๑๐	ควรให้เด็กเลิกนมขวดภายในอายุ ๖ เดือน ถึง ๑ ขวบ	๒๓	๕๒.๒๗	๒๑	๔๗.๗๓

(การประเมินผู้ปกครองหลังเข้าร่วมโครงการ)

ข้อที่	รายการประเมิน	ใช่	ร้อยละ	ไม่ใช่	ร้อยละ
๑	ฟันของคนเรามี ๒ ชุด คือฟันน้ำนมและฟันแท้	๔๔	๑๐๐	-	-
๒	ฟันแท้ซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ ๖ ขวบ อยู่ถัดจากฟันน้ำนมซี่ในสุด	๔๒	๙๕.๔๕	๒	๔.๕๕
๓	ควรพาลูกไปพบทันตแพทย์ตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น หรือภายในอายุ ๑ ขวบ	๔๑	๙๓.๑๘	๓	๖.๘๒
๔	การรับประทานอาหารจุบจิบหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลจะทำให้ฟันผุ	๔๒	๙๕.๔๕	๒	๔.๕๕
๕	ฟันผุมี ๓ ระยะ	๔๓	๙๗.๗๓	๑	๒.๒๗
๖	การแปรงฟันแรง ๆ จะทำให้ฟันสะอาดมากขึ้น	๗	๑๕.๙๑	๓๗	๘๔.๐๙
๗	การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง เช้า - ก่อนนอน และใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุ	๔๔	๑๐๐	-	-
๘	ลักษณะแปรงที่ดี คือแปรงสีฟันที่มีขนนิ่มพอดี ขนาดเหมาะกับปาก ด้ามจับถนัดมือ	๔๔	๑๐๐	-	-
๙	โรคฟันผุ ต้องอาศัยระยะเวลาที่กรดสัมผัสฟัน ต่อเนื่องเป็นเวลานาน และบ่อยเพียงพอ	๔๒	๙๕.๔๕	๒	๔.๕๕
๑๐	ควรให้เด็กเลิกนมขวดภายในอายุ ๖ เดือน ถึง ๑ ขวบ	๑๘	๔๐.๙๑	๒๖	๕๙.๐๙

/จากตาราง...



จากตารางที่ ๒ พบว่าความรู้ความเข้าใจจากการเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย และผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ก่อนและหลัง รายการประเมินดังนี้

๑. รายการประเมิน ฟันของคนเรามี ๒ ชุด คือฟันน้ำนมและฟันแท้ โดยส่วนใหญ่พบว่าก่อนและหลัง ประเมิน ผู้ตอบแบบประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งเป็นความรู้ที่ถูกต้อง

๒. รายการประเมิน ฟันแท้ซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ ๖ ขวบ อยู่ถัดจากฟันน้ำนมซี่ในสุด โดยส่วนใหญ่ ก่อนประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๕๐.๐๐ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๕๐.๐๐ หลังการประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๙๕.๔๕ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๔.๕๕ จากความรู้ที่ได้รับหลังประเมิน (ใช่) ฟันแท้ซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ ๖ ขวบ อยู่ถัดจากฟันน้ำนมซี่ในสุด เป็นความรู้ที่ถูกต้อง

๓. รายการประเมิน ควรพาลูกไปพบทันตแพทย์ตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น หรือภายในอายุ ๑ ขวบ โดยส่วนใหญ่ ก่อนประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๗๗.๒๗ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๒๒.๗๓ หลังการประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๙๓.๑๘ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๖.๘๒ จากความรู้ที่ได้รับหลังประเมิน (ใช่) ควรพาลูกไปพบทันตแพทย์ตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น หรือภายในอายุ ๑ ขวบ เป็นความรู้ที่ถูกต้อง

๔. รายการประเมิน การรับประทานอาหารจุบจิบหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลจะทำให้ฟันผุ โดยส่วนใหญ่ ก่อนประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๘๘.๖๔ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๑๑.๓๖ หลังการประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๙๕.๔๕ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๔.๕๕ จากความรู้ที่ได้รับหลังประเมิน (ใช่) การรับประทานอาหารจุบจิบหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลจะทำให้ฟันผุ เป็นความรู้ที่ถูกต้อง

๕. รายการประเมิน ฟันผุมี ๓ ระยะ โดยส่วนใหญ่ ก่อนประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๗๗.๒๗ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๒๒.๗๓ หลังการประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๙๗.๗๓ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๒.๒๗ จากความรู้ที่ได้รับหลังประเมิน (ใช่) ฟันผุมี ๓ ระยะ เป็นความรู้ที่ถูกต้อง

๖. รายการประเมิน การแปรงฟันแรง ๆ จะทำให้ฟันสะอาดมากขึ้น โดยส่วนใหญ่ ก่อนประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๒๒.๗๓ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๗๗.๒๗ หลังการประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๑๕.๙๑ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๘๔.๐๙ จากความรู้ที่ได้รับหลังประเมิน (ไม่ใช่) การแปรงฟันแรง ๆ ไม่ได้ทำให้ฟันสะอาดมากขึ้น แต่กลับเป็นอันตรายต่อฟันและเหงือก ทำให้เกิดอาการฟันสึก เหงือกกร่น ฟันโยก หรือเกิดอาการเสียวฟัน เป็นความรู้ที่ถูกต้อง

๗. รายการประเมิน การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง เข้า - ก่อนนอน และใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุ โดยส่วนใหญ่ ก่อนประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๙๗.๗๓ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๒.๒๗ หลังการประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๑๐๐ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ - จากความรู้ที่ได้รับหลังประเมิน (ใช่) การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง เข้า - ก่อนนอน และใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุ เป็นความรู้ที่ถูกต้อง

๘. รายการประเมิน ลักษณะแปรงที่ดี คือ แปรงสีฟันที่มีขนนิ่มพอดี ขนาดเหมาะกับปาก ด้ามจับถนัดมือ โดยส่วนใหญ่ ก่อนประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๙๕.๔๕ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๔.๕๕ หลังการประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๑๐๐ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ - จากความรู้ที่ได้รับหลังประเมิน (ใช่) ลักษณะแปรงที่ดี คือ แปรงสีฟันที่มีขนนิ่มพอดี ขนาดเหมาะกับปาก ด้ามจับถนัดมือ เป็นความรู้ที่ถูกต้อง

๙. รายการประเมิน โรคฟันผุ ต้องอาศัยระยะเวลาที่กรดสัมผัสฟัน ต่อเนื่องเป็นเวลานาน และบ่อยเพียงพอ โดยส่วนใหญ่ ก่อนประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๗๙.๕๕ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๒๐.๔๕ หลังการประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๙๕.๔๕ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๔.๕๕ จากความรู้ที่ได้รับหลังประเมิน (ใช่) โรคฟันผุ ต้องอาศัยระยะเวลาที่กรดสัมผัสฟัน ต่อเนื่องเป็นเวลานานและบ่อยเพียงพอ เป็นความรู้ที่ถูกต้อง

/๑๐. รายการ...

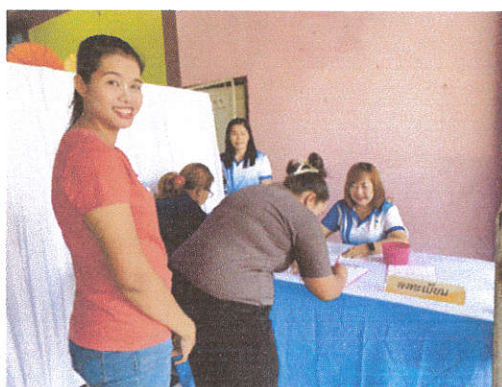


๑๐. รายการประเมิน ควรให้เด็กเล็กนมขวดภายในอายุ ๖ เดือน ถึง ๑ ขวบ โดยส่วนใหญ่ ก่อนประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๕๒.๒๗ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๔๗.๗๓ หลังการประเมิน ตอบว่าใช่ ร้อยละ ๔๐.๙๑ ตอบว่าไม่ใช่ ร้อยละ ๕๙.๐๙ จากความรู้ที่ได้รับหลังประเมิน (ไม่ใช่) ควรเริ่มฝึกเลิกขวดนมสำหรับเด็กวัยเตาะแตะ อายุ ๑ ขวบ และไม่ควรเกินอายุ ๑.๕ ปี (๑๘ เดือน) เป็นความรู้ที่ถูกต้อง

การดำเนินโครงการ มีรายละเอียดดังนี้

เวลา ๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น.

ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมโครงการ



เวลา ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.

พิธีเปิดโครงการ มอบนโยบาย โดยประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

กล่าวรายงานโดย นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บ้านคลองสินทอง กล่าวเปิดโครงการ โดยนายจักรา วรกุล นายกองค์การบริหาร ส่วนตำบลมะลวน/ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหาร ส่วนตำบลมะลวน



/เวลา...



เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๐.๓๐ น.

กิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่เด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง
โดย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข รพ.สต.มะลวน



เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น.

รับประทานอาหารว่าง



เวลา ๑๐.๔๕ - ๑๒.๐๐ น.

ฝึกทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี
โดย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข รพ.สต.มะลวน



/เวลา...



“สุขภาพดีมีหลักประกัน ต้องกินสร้างสรรค์ กปท.สนับสนุน”

เวลา ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.

รับประทานอาหารกลางวัน



เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น.

กิจกรรมตรวจสอบสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

โดย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข รพ.สต.มะลวน



เวลา ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น.

รับประทานอาหารว่าง



/เวลา...



เวลา ๑๔.๔๕ - ๑๕.๔๕ น.

กิจกรรมทาฟลูออไรด์เคลือบฟันในเด็กปฐมวัย
โดย เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข รพ.สต.มะลวน



เวลา ๑๕.๔๕ - ๑๖.๐๐ น.

กิจกรรมมอบชุดส่งเสริมสุขภาพช่องปากแก่เด็กปฐมวัย



/๓.ผลสัมฤทธิ์..



“สุขภาพดีมีหลักประกัน ท้องถิ่นสร้างสรรค์ กปท.สนับสนุน”

๓. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- ☒ บรรลุตามวัตถุประสงค์
☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๔. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ๑๔,๖๗๐ บาท
 งบประมาณเบิกจ่ายจริง ๑๔,๖๗๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน - บาท คิดเป็นร้อยละ -

๕. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

- ☒ ไม่มี
☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

๖. เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| ๑. ชื่อ นางกาญจนา ศักดา | หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๒๘๐๔๘๑๘ |
| ๒. ชื่อ นางจินตนา อิสระ | หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๖-๔๑๗๐๒๐๘ |
| ๓. ชื่อ นายเกรียงศักดิ์ มีเจริญ | หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๓-๗๗๑๕๗๕๘ |

ลงชื่อ..... หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

วันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๘





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ที่ สฎ ๘๒๒๐๑.๑/๒๕

วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง รายงานผลตรวจรับพัสดุ ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

เรื่องเดิม

ตามบันทึกข้อความศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ที่ สฎ ๘๒๒๐๑.๑/๑๘
ลว ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ เรื่อง ขออนุมัติจ้างเหมาทำป้ายไวนิล ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
เด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง และได้จ้างเหมาทำป้ายไวนิล ตามโครงการ
ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ขนาด ๑๒๐ x ๒๔๐
เซนติเมตร จำนวน ๑ ป้าย กับ ร้านเส้นสีกราฟฟิค เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๓๐.- บาท (สี่ร้อยสามสิบบาทถ้วน) นั้น

ข้อเท็จจริง

บัดนี้ ผู้รับจ้างได้ส่งมอบพัสดุตามรายการที่สั่งจ้างแล้ว และผู้ตรวจรับพัสดุได้ดำเนินการ
ตรวจรับพัสดุ ซึ่งผลการตรวจรับพัสดุปรากฏว่า ถูกต้องและครบถ้วนตามหลักฐานจัดซื้อจัดจ้างเป็นบิลส่งของ
เล่มที่ ๕๙ เลขที่ ๐๖ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)

ผู้ตรวจรับพัสดุ

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

เรียน - หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- ผู้ตรวจรับพัสดุได้ตรวจรับงานไว้ถูกต้องแล้ว

- เห็นควรทำเรื่องเบิกจ่ายเงินต่อไป

- ความเห็นหัวหน้าเจ้าหน้าที่

- เห็นสมควร

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที

(นางสาวอุทุมพร อรรถบริณกุล)

(ลงชื่อ).....หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางพรพิมล เพชรสุวรรณ)

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

(นายสมเกียรติ เสนา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

คำสั่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

(นายจักรา วรกุล)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

เอกสารแนบ ตามบิลส่งของ เล่มที่ ๕๙ เลขที่ ๐๖ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘



ไวนิล ขนาด ๑๒๐ x ๒๔๐ เซนติเมตร จำนวน ๑ ป้าย

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

ฎีกาเบิกเงินสถานศึกษา

ประจำปีงบประมาณ 2568

ยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน กลยุทธ์ บริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพได้มาตรฐานฯ

เลขที่ผู้เบิก 013/2568

เลขที่คลังรับ 013/2568

วันที่จัดทำ 4 มีนาคม 2568

วันที่คลังรับ 4 มีนาคม 2568

รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
มูลค่าสินค้าหรือบริการ	430	00	ค่าป้ายไวนิล ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง
บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม	0	00	
จำนวนเงินที่ขอเบิก	430	00	
หัก ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	0	00	
จำนวนเงินที่จ่ายสุทธิ	430	00	

(ตัวอักษร) (สื่อยสามสิบบาทถ้วน)

หน่วยงานผู้เบิก ศพด.บ้านคลองสินทอง ขอเบิกเงินรายจ่ายตามรายการข้างต้น (ลงชื่อ)..... <u>น.น.น.</u>หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิก (นางสาวพันธิพา โลภวิไล) ตำแหน่ง หัวหน้าสถานศึกษา วันที่ 4 มีนาคม 2568	ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ แหล่งเงินที่ขอเบิก คงเหลือยกมา คงเหลือยกไป เงินงบประมาณ 5,350.00 4,920.00 (ลงชื่อ)..... <u>จ.จ.</u>ผู้ตรวจสอบ (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี วันที่ 4 มีนาคม 2568
---	--

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....<u>อ.อ.</u>.....ผู้ตรวจฎีกา (นางพรพิมล เพชรสุวรรณ) ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงานคลัง วันที่ 4 มีนาคม 2568	เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ).....<u>อ.อ.</u>..... (นางพรพิมล เพชรสุวรรณ) ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงานคลัง วันที่ 4 มีนาคม 2568
---	---

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ).....<u>ส.ส.</u>..... (นายสมเกียรติ เสนา) ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน วันที่ 4 มีนาคม 2568	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 430.00 บาท (ลงชื่อ).....<u>จ.จ.</u>..... (นายจักรา วรกุล) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน วันที่ 4 มีนาคม 2568
--	--

ธนาคาร กรุงไทย สาขาพุนพิน บัญชีเลขที่ 808-6-03812-2 เลขที่เช็ค 10304231 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568 จำนวนเงิน 430.00 (สื่อยสามสิบบาทถ้วน) จ่ายให้ เส้นสีกราฟฟิค	ผู้ลงนามในเช็ค/ใบถอน (ลงชื่อ).....<u>จ.จ.</u>.....ผู้ลงนาม (ลงชื่อ).....<u>อ.อ.</u>.....ผู้ลงนาม (ลงชื่อ).....<u>น.น.น.</u>.....ผู้ลงนาม
---	--

การจ่ายเงินเป็นไปตามรายงานการจัดทำเช็ค/ใบถอน เลขที่ 009/2568 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568 (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

เล่มที่/Book No./本號 59
เลขที่/Bill No./單號 06

บิลส่งของ

INVOICE / 臨時送貨單

เส้นสีกราฟฟิค

297/4 อ.ธราธิบดี ร.ท่าข้าม อ.พุนพิน
จ.สุราษฎร์ธานี 84130

นาม 實號 Customer	ผ.นด. ดินคณาสินทอง	วันที่ 日期 Date	28/02/69
ที่อยู่ 住址 Address	ถ.มหาพ 0.4 กม. 7. สุทนต์	ทะเบียนการค้า Commercial License	
		商標編號	

จำนวน Quantity 數量	รายการ / Description / 貨名	หน่วยละ Unitprice 價格	จำนวนเงิน Amount 金額
1 ชิ้น	ไม้ทาสีทาผนังและฝ้าเพดาน		
	สีน้ำมันสีเทาเข้ม		
	สีน้ำมันสีเทาเข้ม 120x240 ซม.	430	430 -
	จ่ายเงินแล้ว		
	๑๑		
	(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)		
	เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี		
บาท Bath 銖		รวมเงิน TOTAL 共銀	430 -

หมายเหตุ สินค้าขายขาดหรือส่งคืนโปรดแจ้งภายใน 2 วันหลังจากส่งของ มิฉะนั้นจะถือว่าท่านได้รับสินค้าถูกต้อง
กรณีเมื่อชำระเงินแล้ว จะออกใบเสร็จรับเงินถูกต้องตามกฎหมาย

ผู้รับของ / Receiver ๑๑ ผู้ส่งของ / Consignee นางสาว อุทัยวรรณ คงทิพย์

สำเนาถูกต้อง

๑๑

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

ภาพประกอบ โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง



ไวนิล ขนาด ๑๒๐ x ๒๔๐ เซนติเมตร จำนวน ๑ ป้าย

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ที่ สฎ ๘๒๒๐๑.๑/๑๙

วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุมัติจ้างเหมาทำป้ายไวเนล ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง จำนวน ๑ ป้าย

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

เรื่องเดิม

ตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การบริหารจัดการ
การศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน กลยุทธ์ที่ ๕.๑ บริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน
สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การ
บริหารส่วนตำบลมะลวน ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
บ้านคลองสินทอง งบประมาณตั้งไว้ ๑๔,๖๗๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันหกกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) นั้น

ข้อเท็จจริง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ได้มีความจำเป็นที่จะขออนุมัติจ้างเหมาทำป้ายไวเนล
โครงการ เพื่อใช้ประชาสัมพันธ์โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
บ้านคลองสินทอง รายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หมายเหตุ
๑	ป้ายไวเนลโครงการ เพื่อใช้ประชาสัมพันธ์โครงการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลอง สินทอง ขนาด ๑๒๐ x ๒๔๐ ซม.	๑ ป้าย	

ข้อระเบียบ/กฎหมาย

- พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
- ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
- กฎกระทรวง กำหนดวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง วงเงินการจัดซื้อจัดจ้าง
ที่ได้ทำข้อตกลงเป็นหนังสือและวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างในการแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อเสนอแนะ/ข้อพิจารณา

เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงเรียนมา
เพื่อโปรดขออนุมัติจ้างเหมาทำป้ายไวเนลโครงการ เพื่อใช้ประชาสัมพันธ์โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย
และผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ขนาด ๑๒๐ x ๒๔๐ ซม. โดยเบิกจ่ายจากแผนปฏิบัติการ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การบริหารจัดการศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน
กลยุทธ์ที่ ๕.๑ บริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพได้มาตรฐานสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และได้รับการ
สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน ตามโครงการส่งเสริม
สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง งบประมาณตั้งไว้
๑๔,๖๗๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันหกกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) จึงเห็นควรอนุมัติให้ ดำเนินการดังนี้

๑. แต่งตั้ง นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู เป็นผู้กำหนดรายละเอียดคุณลักษณะ
เฉพาะของพัสดุ

๒. แต่งตั้ง นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู เป็นผู้กำหนดราคากลาง

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู
/๓. แต่งตั้ง...

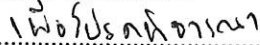
๓. แต่งตั้ง นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู เป็นผู้ตรวจรับพัสดุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ


(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ครู

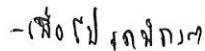
ความเห็น นักวิชาการศึกษา/หัวหน้าสถานศึกษา


.....


(นางสาวพันธิพา โสภณวิไล)

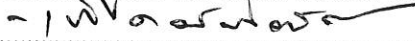
นักวิชาการศึกษาชำนาญการ/หัวหน้าสถานศึกษา

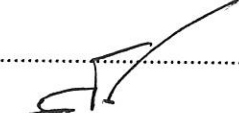
ความเห็น หัวหน้าสำนักปลัด


.....


(นางพรพิมล เพชรสุวรรณ)
หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน


.....


(นายสมเกียรติ เสนา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ความเห็น นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

☒ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ


(นายจักรา วรกุล)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

สำเนาถูกต้อง


(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ที่ สฎ ๘๒๒๐๑.๑/๒๖

วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง รายงานผลตรวจรับวัสดุ อุปกรณ์ ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

เรื่องเดิม

ตามบันทึกข้อความศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ที่ สฎ ๘๒๒๐๑.๑/๒๐
ลว ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ เรื่อง ขออนุมัติจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย
และผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง และได้จัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ตามรายการ ชุดส่งเสริมสุขภาพ
ช่องปาก จำนวน ๔๔ ชุด กับ ร้านเทียนโชค เซอร์วิส เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓,๕๒๐.- บาท (สามพันห้าร้อยยี่สิบ
บาทถ้วน) นั้น

ข้อเท็จจริง

บัดนี้ ผู้รับจ้างได้ส่งมอบวัสดุ อุปกรณ์ ตามรายการที่สั่งซื้อแล้ว และผู้ตรวจรับพัสดุได้
ดำเนินการตรวจรับพัสดุ ซึ่งผลการตรวจรับพัสดุปรากฏว่า ถูกต้องและครบถ้วนตามหลักฐานจัดซื้อจัดจ้าง
เป็นใบส่งของ เล่มที่ ๔๑๔๒ เลขที่ ๑๑ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)

ผู้ตรวจรับพัสดุ

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

เรียน - หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- ผู้ตรวจรับพัสดุได้ตรวจรับงานไว้ถูกต้องแล้ว
- เห็นควรทำเรื่องเบิกจ่ายเงินต่อไป

- ความเห็นหัวหน้าเจ้าหน้าที่

.....
- เห็นไม่ถูกต้อง
.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที
(นางสาวอุทุมพร อรรถบริณกุล)

(ลงชื่อ).....หัวหน้าเจ้าหน้าที่
(นางพรพิมล เพชรสุวรรณ)

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

.....
.....

(นายสมเกียรติ เสนา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

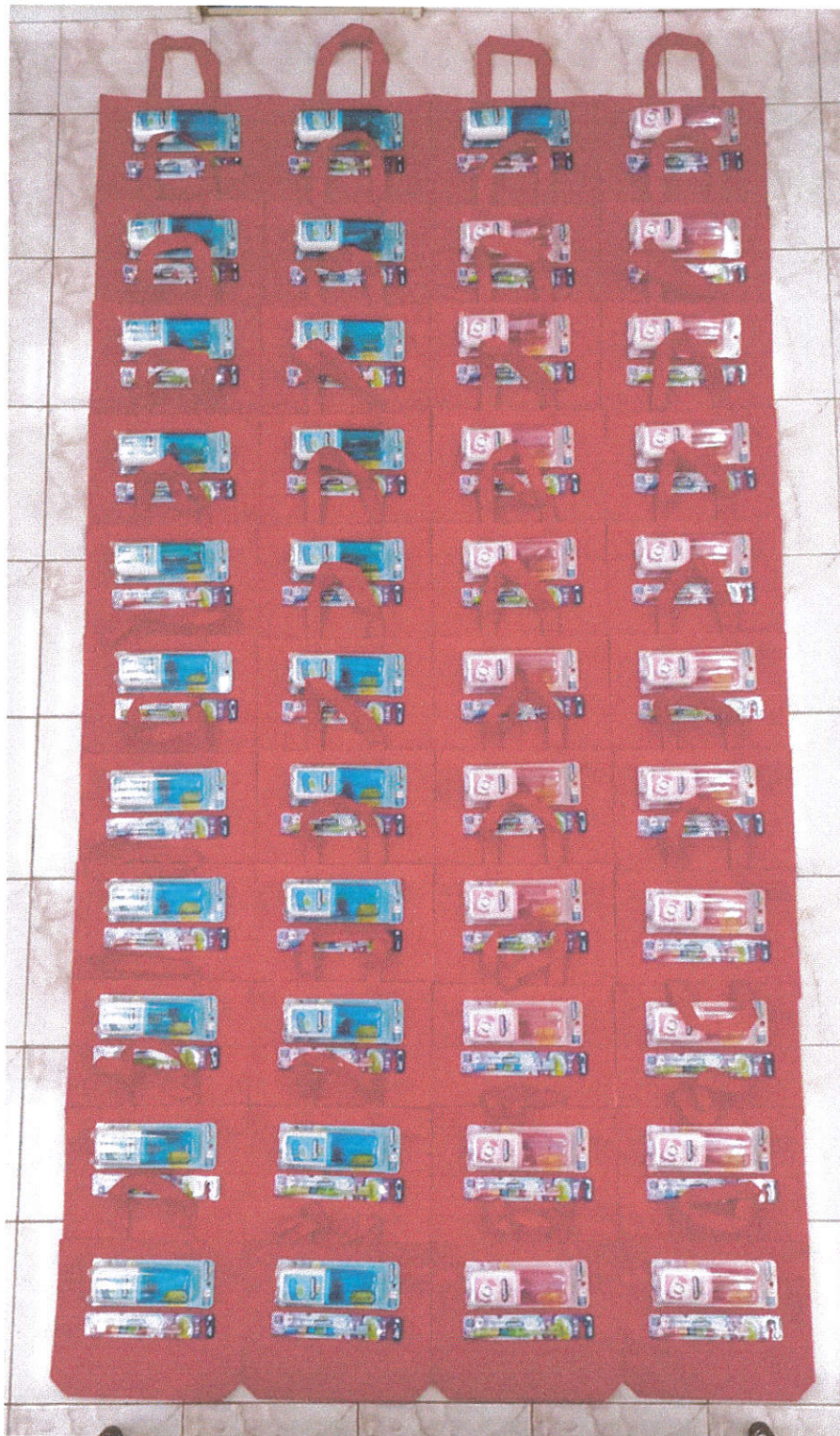
คำสั่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

.....
.....

(นายจักรา วรกุล)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

เอกสารแนบ ตามใบส่งของ เล่มที่ ๔๑๔๒ เลขที่ ๑๑ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘



ชุดส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จำนวน ๔๔ ชุด

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

ฎีกาเบิกเงินสถานศึกษา

ประจำปีงบประมาณ 2568

ยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน กลยุทธ์ บริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพได้มาตรฐานฯ

เลขที่ผู้เบิก 014/2568

เลขที่คลังรับ 014/2568

วันที่จัดทำ 4 มีนาคม 2568

วันที่คลังรับ 4 มีนาคม 2568

รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
มูลค่าสินค้าหรือบริการ	3,289	72	ค่าชุดส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและ ผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง
บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม	230	28	
จำนวนเงินที่ขอเบิก	3,520	00	
หัก ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	0	00	
จำนวนเงินที่จ่ายสุทธิ	3,520	00	

(ตัวอักษร) (สามพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

หน่วยงานผู้เบิก ศพด.บ้านคลองสินทอง

ขอเบิกเงินรายจ่ายตามรายการข้างต้น

(ลงชื่อ)..........หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิก

(นางสาวพนธิพา โลกลวิล)

ตำแหน่ง หัวหน้าสถานศึกษา

วันที่ 4 มีนาคม 2568

ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้

แหล่งเงินที่ขอเบิก คงเหลือยกมา คงเหลือยกไป

เงินงบประมาณ 4,920.00 1,400.00

(ลงชื่อ)..........ผู้ตรวจสอบ

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

วันที่ 4 มีนาคม 2568

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..........ผู้ตรวจฎีกา

(นางพรพิมล เพชรสุวรรณ)

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงานคลัง

วันที่ 4 มีนาคม 2568

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

(ลงชื่อ)..........

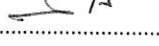
(นางพรพิมล เพชรสุวรรณ)

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงานคลัง

วันที่ 4 มีนาคม 2568

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น

(ลงชื่อ)..........

(นายสมเกียรติ เสนา)

ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

วันที่ 4 มีนาคม 2568

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

จำนวน 3,520.00 บาท

(ลงชื่อ)..........

(นายจักรา วรกุล)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

วันที่ 4 มีนาคม 2568

ผู้ลงนามในเช็ค/ใบถอน

ธนาคาร กรุงไทย สาขาพุนพิน บัญชีเลขที่ 808-6-03812-2

เลขที่เช็ค 10304232 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568

จำนวนเงิน 3,520.00 (สามพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

จ่ายให้ ร้านเทียนโชค เซอร์วิส

(ลงชื่อ)..........ผู้ลงนาม

(ลงชื่อ)..........ผู้ลงนาม

(ลงชื่อ)..........ผู้ลงนาม

การจ่ายเงินเป็นไปตามรายงานการจัดทำเช็ค/ใบถอน เลขที่ 009/2568 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

เลขที่ 11

ใบส่งของ/ใบกำกับภาษี

เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี

3 8 4 0 8 0 0 3 3 2 7 6 5

โทร. 0-7722-6296, 08-1606-0779

วันที่ 28/02/68

ក. តាមរូបថត ៨៤១៣០

เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๙๙๔๐๐๐๙๘๒๔๕๓

☐ สำนักงานใหญ่ ☐ สาขา.....

[illegible]

1	2
จ่ายเงินแล้ว	

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

รวมราคาทั้งสิ้น

$$3,289 \overline{) 72}$$

จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม

230 | 28

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น

3,520	3,520
-------	-------

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)

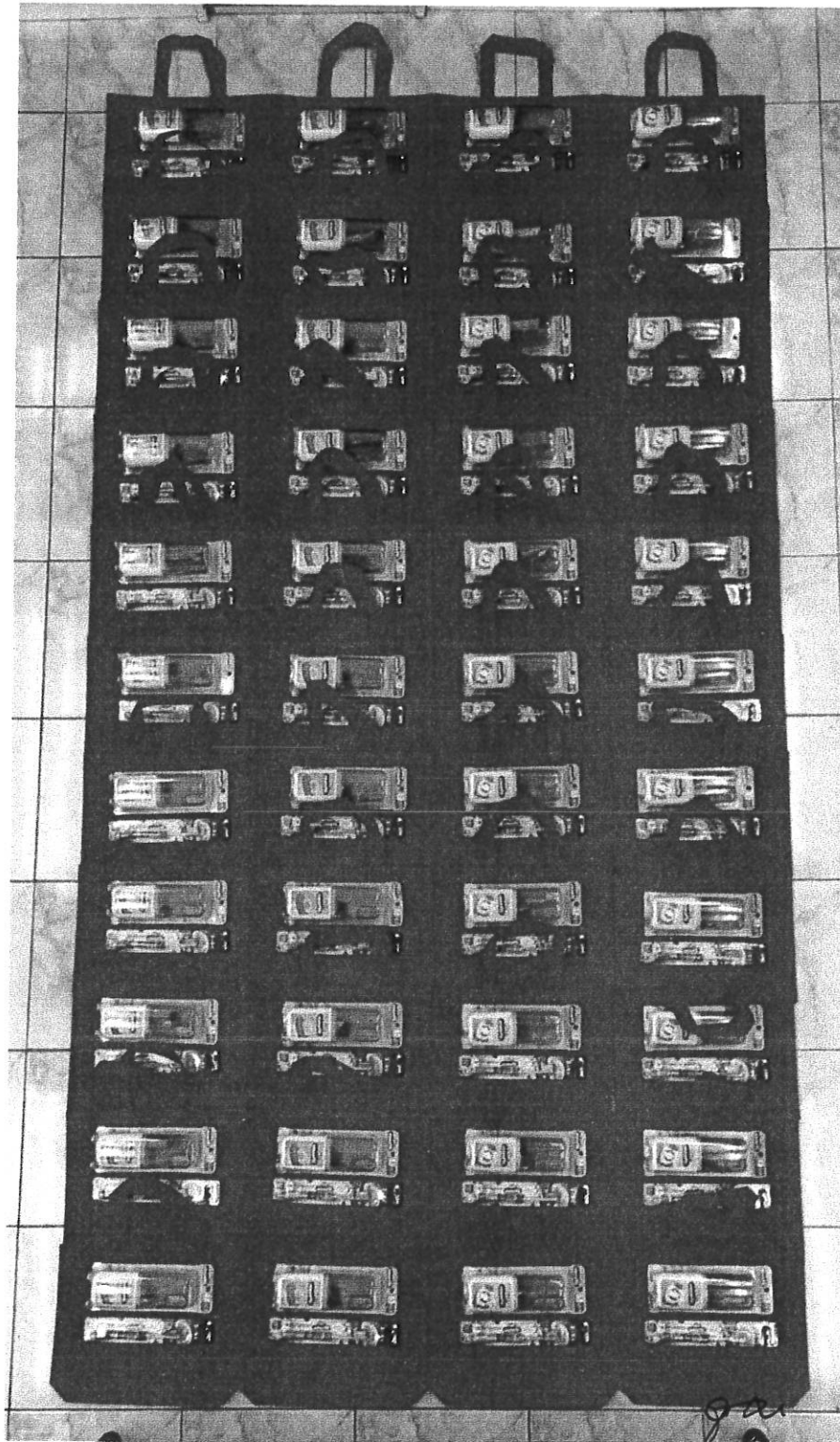
สวัสดีครับ

ลงชื่อ.....ผู้รับสินค้า

ลงชื่อ..... (นาย พิชัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

ภาพประกอบ โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง



ชุดส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จำนวน ๔๔ ชุด

สำเนาถูกต้อง

๑๐

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ที่ สฎ ๘๒๒๐๑.๑/๒๐

วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุมัติจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

เรื่องเดิม

ตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การบริหารจัดการศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน กลยุทธ์ที่ ๕.๑ บริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง งบประมาณตั้งไว้ ๑๔,๖๗๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันหกกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) นั้น

ข้อเท็จจริง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ได้มีความจำเป็นที่จะขออนุมัติจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อใช้ในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง รายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หมายเหตุ
๑	ชุดส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	๔๔ ชุด	

ข้อระเบียบ/กฎหมาย

- พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
- ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
- กฎกระทรวง กำหนดวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง วงเงินการจัดซื้อจัดจ้างที่ได้ทำข้อตกลงเป็นหนังสือและวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างในการแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อเสนอแนะ/ข้อพิจารณา

เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงเรียนมาเพื่อโปรดขออนุมัติจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อใช้ในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง โดยเบิกจ่ายจากแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การบริหารจัดการศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน กลยุทธ์ที่ ๕.๑ บริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง งบประมาณตั้งไว้ ๑๔,๖๗๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันหกกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) จึงเห็นควรอนุมัติให้ดำเนินการดังนี้

๑. แต่งตั้ง นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู เป็นผู้กำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ
สำเนาถูกต้อง

๒. แต่งตั้ง นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู เป็นผู้กำหนดราคากลาง

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

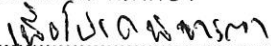
/ตำแหน่งผู้ซื้อ...

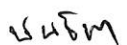
๓. แต่งตั้ง นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู เป็นผู้ตรวจรับพัสดุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ


(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ครู

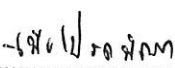
ความเห็น นักวิชาการศึกษา/หัวหน้าสถานศึกษา


.....


(นางสาวพันธิพา โลภวิล)

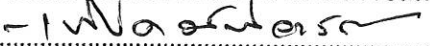
นักวิชาการศึกษานายการ/หัวหน้าสถานศึกษา

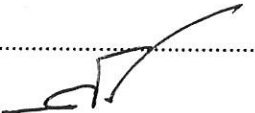
ความเห็น หัวหน้าสำนักปลัด


.....


(นางพรพิมล เพชรสุวรรณ)
หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน


.....

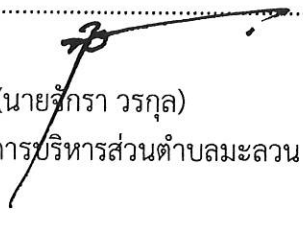

(นายสมเกียรติ เสนา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ความเห็น นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

☒ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

.....


(นายจักรา วรกุล)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

สำเนาถูกต้อง


(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ที่ สฎ ๘๒๒๐๑.๑/๒๗

วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง รายงานผลตรวจรับวัสดุ อุปกรณ์ ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

เรื่องเดิม

ตามบันทึกข้อความศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ที่ สฎ ๘๒๒๐๑.๑/๒๑
ลว ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ เรื่อง ขออนุมัติจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย
และผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง และได้จัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ตามรายการ ฟลูออไรด์เคลือบฟัน
จำนวน ๑ หลอด พู่กันทาฟลูออไรด์ จำนวน ๑ กล่อง กับ บริษัท เคที เด็นทัลแอนด์ซัพพลาย จำกัด เป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น ๑,๔๐๐.- บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน) นั้น

ข้อเท็จจริง

บัดนี้ ผู้รับจ้างได้ส่งมอบวัสดุ อุปกรณ์ ตามรายการที่สั่งซื้อแล้ว และผู้ตรวจรับวัสดุได้
ดำเนินการตรวจรับวัสดุ ซึ่งผลการตรวจรับวัสดุปรากฏว่า ถูกต้องและครบถ้วนตามหลักฐานจัดซื้อจัดจ้าง
เป็นใบส่งสินค้า เลขที่ IV๖๘๐๒๔๐๙ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)

ผู้ตรวจรับวัสดุ

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

เรียน - หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- ผู้ตรวจรับวัสดุได้ตรวจรับงานไว้ถูกต้องแล้ว

- เห็นควรทำเรื่องเบิกจ่ายเงินต่อไป

- ความเห็นหัวหน้าเจ้าหน้าที่

- (ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(นางสาวอุทุมพร อรรถธรบดีกุล)

(ลงชื่อ).....หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางพรพิมล เพชรสุวรรณ)

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

- (ลงชื่อ).....

คำสั่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

- (ลงชื่อ).....

(นายสมเกียรติ เสนา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

(นายจักรา วรกุล)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

เอกสารแนบ ตามใบส่งสินค้า เลขที่ IV๖๘๐๒๔๐๙ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘



ฟลูออไรด์เคลือบฟัน จำนวน ๑ หลอด



ฟู่กันทาฟลูออไรด์ จำนวน ๑ กล่อง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

ฎีกาเบิกเงินสถานศึกษา

ประจำปีงบประมาณ 2568

ยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน กลยุทธ์ บริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพได้มาตรฐานฯ

เลขที่ผู้เบิก 015/2568

เลขที่คลังรับ 015/2568

วันที่จัดทำ 4 มีนาคม 2568

วันที่คลังรับ 4 มีนาคม 2568

รายการ	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
มูลค่าสินค้าหรือบริการ	1,308	41	ค่าฟลูออไรด์เคลือบฟัน, ค่าพิกัดทันตกรรม ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย และผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลอง สินทอง
บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม	91	59	
จำนวนเงินที่ขอเบิก	1,400	00	
หัก ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	0	00	
จำนวนเงินที่จ่ายสุทธิ	1,400	00	

(ตัวอักษร) (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

หน่วยงานผู้เบิก ศพด.บ้านคลองสินทอง ขอเบิกเงินรายจ่ายตามรายการข้างต้น (ลงชื่อ)..... <u>น.นพ</u>หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิก (นางสาวพันธิพา โลกลวิล) ตำแหน่ง หัวหน้าสถานศึกษา วันที่ 4 มีนาคม 2568	ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ แหล่งเงินที่ขอเบิก คงเหลือยกมา คงเหลือยกไป เงินงบประมาณ 1,400.00 00.00 (ลงชื่อ)..... <u>กช</u>ผู้ตรวจสอบ (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี วันที่ 4 มีนาคม 2568
ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ)..... <u>ป</u>ผู้ตรวจฎีกา (นางพรพิมล เพชรสุวรรณ) ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงานคลัง วันที่ 4 มีนาคม 2568	เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ)..... <u>ป</u> (นางพรพิมล เพชรสุวรรณ) ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงานคลัง วันที่ 4 มีนาคม 2568
เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ)..... <u>ส</u> (นายสมเกียรติ เสนา) ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน วันที่ 4 มีนาคม 2568	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 1,400.00 บาท (ลงชื่อ)..... <u>จ</u> (นายจักรา วรกุล) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน วันที่ 4 มีนาคม 2568
ธนาคาร กรุงไทย สาขาพุนพิน บัญชีเลขที่ 808-6-03812-2 เลขที่เช็ค 10304233 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568 จำนวนเงิน 1,400.00 (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน) จ่ายให้ บริษัท เคที เด็นทัลแอนด์ซัพพลาย จำกัด	ผู้ลงนามในเช็ค/ใบถอน (ลงชื่อ)..... <u>กช</u>ผู้ลงนาม (ลงชื่อ)..... <u>กช</u>ผู้ลงนาม (ลงชื่อ)..... <u>น.นพ</u>ผู้ลงนาม

การจ่ายเงินเป็นไปตามรายงานการจัดทำเช็ค/ใบถอน เลขที่ 009/2568 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568 (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู



บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด (สำนักงานใหญ่)
KT DENT & SUPPLY CO., LTD.

898/11 ถนนประเสริฐมนูกิจ แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240
898/11 Prasertmanukit Road, Klongkum, Bungkum, Bangkok 10240

Tel : 0-2509-2818, 0-2000-4490-91 Fax : 0-2509-2819 (บัญชี : 08-1690-8365)

E-mail : kt ds_2555@hotmail.com

ใบส่งสินค้า/ใบกำกับภาษี/ใบแจ้งหนี้
DELIVERY ORDER / TAX INVOICE / INVOICE

ต้นฉบับ-ลูกค้า

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax ID. 0105555001770

ลูกค้า/ที่อยู่ ศพด. บ้านคลองสินทอง
Customer/Address

สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

หมู่ 8 ต.มะลวน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี

84130. TaxID

ชื่อผู้ติดต่อ

Tel: 085-4727714

Contact Person

วันที่ 28/02/68
Date

เลขที่ IV6802409
No.

รหัสลูกค้า 6761129
Cust. Code

เงื่อนไข ราชการ
Terms

ใบสั่งซื้อเลขที่
P/O NO.

วันครบกำหนด
Due Date

พนักงานขาย
Salesman

กรรพัฒน์ วัฒนกุลพาณิชย์-0816908

ลำดับที่ Item No.	รายการสินค้า Product Description	จำนวน Quantity	หน่วย Unit	ราคา/หน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Amount (Baht)
1	ฟลูออไรด์เคลือบฟัน	1	หลอด	1,250.00	1,250.0
2	ฟูกันทาฟลูออไรด์	1	กล่อง	150.00	150.0
จ่ายเงินแล้ว 9a (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์) เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี ผิด ตก ยกเว้น E.& O.E.					

หมายเหตุ

โปรดส่งจ่ายเช็คในนาม บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด

Payment by cheque, please issue crossed cheque "A/C PAYEE ONLY" to KT DENT & SUPPLY CO., LTD.

หากชำระเงินล่าช้ากว่ากำหนด บริษัทฯจะคิดดอกเบี้ยในอัตรา 1.5 % ต่อเดือน

Interest at 1.5% Per month will be charged on overdue accounts.

บาท (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน).
Baht

รวมเงิน
Sub Total 1,308.4

ภาษีมูลค่าเพิ่ม %
VAT 91.5

รวมเงินสุทธิ
Grand Total 1,400.0

ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ ในสภาพเรียบร้อย และถูกต้องแล้ว
Received the above mentioned goods in good order and condition.

จัดส่งโดย
Delivered By

รับสินค้าโดย วันที่
Received By Date / /

ออกเอกสารโดย
Prepared By

ในนาม บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด
For KT DENT & SUPPLY CO., LTD.

สำเนาถูกต้อง

ผู้มีอำนาจลงนาม

Authorized Signature

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

ภาพประกอบ โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง



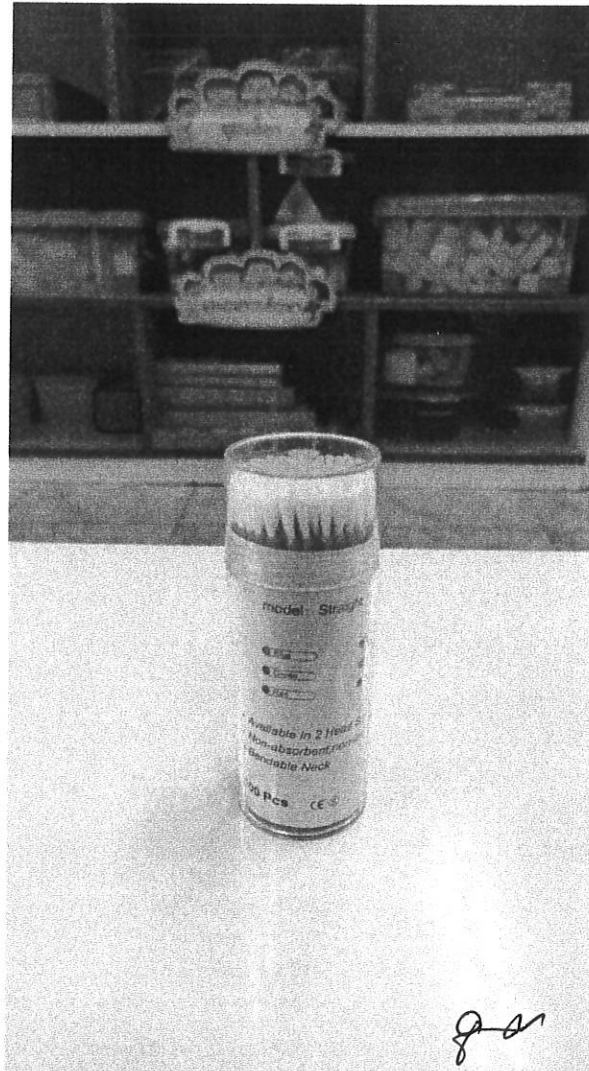
ฟลูออไรด์เคลือบฟัน จำนวน ๑ หลอด

สำเนาถูกต้อง

จ.อ.

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู

ภาพประกอบ โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง



พู่กันทาฟลูออไรด์ จำนวน ๑ กล่อง

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ที่ สฎ ๘๒๒๐๑.๑/๒๑

วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุมัติจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

เรื่องเดิม

ตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การบริหารจัดการ
การศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน กลยุทธ์ที่ ๕.๑ บริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน
สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การ
บริหารส่วนตำบลมะลวน ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
บ้านคลองสินทอง งบประมาณตั้งไว้ ๑๔,๖๗๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันหกกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) นั้น

ข้อเท็จจริง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ได้มีความจำเป็นที่จะขออนุมัติจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อใช้ใน
โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง รายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หมายเหตุ
๑	ฟลูออไรด์เคลือบฟัน	๑ หลอด	
๒	ฟูกันทาฟลูออไรด์	๑ กล่อง	

ข้อระเบียบ/กฎหมาย

๑. พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
๒. ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
๓. กฎกระทรวง กำหนดวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง วงเงินการจัดซื้อจัดจ้าง
ที่ได้ทำข้อตกลงเป็นหนังสือและวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างในการแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อเสนอแนะ/ข้อพิจารณา

เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงเรียนมา
เพื่อโปรดขออนุมัติจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อใช้ในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง โดยเบิกจ่ายจากแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การบริหารจัดการศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน กลยุทธ์ที่ ๕.๑ บริหารจัดการศึกษา
ให้มีคุณภาพได้มาตรฐานสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและ
ผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง งบประมาณตั้งไว้ ๑๔,๖๗๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันหกกร้อย
เจ็ดสิบบาทถ้วน) จึงเห็นควรอนุมัติให้ดำเนินการดังนี้

๑. แต่งตั้ง นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู เป็นผู้กำหนดรายละเอียดคุณลักษณะ
เฉพาะของพัสดุ

๒. แต่งตั้ง นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู เป็นผู้กำหนดราคากลาง

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

/ตำแหน่งครู
/ต. แต่งตั้ง...

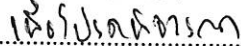
๓. แต่งตั้ง นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู เป็นผู้ตรวจรับพัสดุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ


(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ครู

ความเห็น นักวิชาการศึกษา/หัวหน้าสถานศึกษา


.....


(นางสาวพนัธิพา โลกลวิล)

นักวิชาการศึกษาชำนาญการ/หัวหน้าสถานศึกษา

ความเห็น หัวหน้าสำนักปลัด

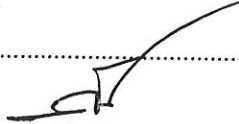
- เพื่อโปรด ฟังน
.....


(นางพรพิมล เพชรสุวรรณ)

หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน


.....


(นายสมเกียรติ เสนา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ความเห็น นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

☒ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ


(นายจักรา วรกุล)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

สำเนาถูกต้อง


(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

ฎีกาเบิกเงินรายจ่าย

ประจำปีงบประมาณ 2568

ยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน กลยุทธ์ บริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพได้มาตรฐานสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ

ประเภท โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

เลขที่ผู้เบิก 019/2568

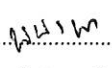
เลขที่คลังรับ 019/2568

วันที่จัดทำ 24 มีนาคม 2568

วันที่คลังรับ 24 มีนาคม 2568

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
มูลค่าสินค้าหรือบริการ	9,320 -	
บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม	- -	ส่งใช้ยืมเงิน ค่าอาหารและเครื่องดื่ม ผู้ปกครอง,
จำนวนเงินที่ขอเบิก	9,320 -	ค่าอาหารว่าง ผู้ปกครอง 2 มื้อ, ค่าวิทยากร 2 คนๆ
หัก ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	- -	ละ 3 ซม ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
ค่าปรับ		เด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
อื่นๆ (เช่น เงินประกันผลงาน, คืนเงินล่วงหน้า)		บ้านคลองสินทอง ตามสัญญาเงินยืม
		เลขที่ 001/2568 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568
		เป็นเงิน 9,320.- บาท
จำนวนเงินที่จ่ายสุทธิ	9,320 -	

(ตัวอักษร) (เก้าพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

หน่วยงานผู้เบิก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ขอเบิกเงินรายจ่ายตามรายการข้างต้น	ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ แหล่งเงินที่ขอเบิก คงเหลือยกมา คงเหลือยกไป เงินงบประมาณ (เงินรายได้สถานศึกษา) 9,320.00 0.00
(ลงชื่อ)..... หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิก (นางสาวพันธิพา โลภวิล) หัวหน้าสถานศึกษา วันที่ 24 มีนาคม 2568	(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจสอบ (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์) เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี วันที่ 24 มีนาคม 2568

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจฎีกา (นางพรพิมล เพชรสุวรรณ) หัวหน้าหน่วยงานคลัง วันที่ 24 มีนาคม 2568	เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ).....  (นางพรพิมล เพชรสุวรรณ) หัวหน้าหน่วยงานคลัง วันที่ 24 มีนาคม 2568
--	--

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ).....  (นายสมเกียรติ เสนา) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน วันที่ 24 มีนาคม 2568	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 9,320.- บาท (ลงชื่อ).....  (นายจักรา วรกุล) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน วันที่ 24 มีนาคม 2568
--	--

ธนาคารกรุงไทย สาขาพุนพิน บัญชีเลขที่ 808-6-03812-2 เลขที่เช็ค.....-.....ลงวันที่.....-..... จำนวนเงิน.....-.....บาท..... จ่ายให้.....-.....	ผู้ลงนามในเช็ค/ใบถอน  (ลงชื่อ).....-.....ผู้ลงนาม (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์) (ลงชื่อ).....-.....ผู้ลงนาม (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์) (ลงชื่อ).....-.....ผู้ลงนาม (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
--	--

การจ่ายเงินเป็นไปตามรายงานการจัดทำเช็ค/ใบถอน เลขที่.....ลงวันที่.....

เลขที่ ๐๐๑/๒๕๖๘

ใบรับใบสำคัญส่งใช้เงินยืม

ฝ่าย/กลุ่มงาน การเงินและบัญชี
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง
องค์การบริหารส่วนตำบลมะละวัน

วันที่ ๒๔ เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ใบรับใบสำคัญส่งใช้เงินยืมซึ่งยืมจาก เงินงบประมาณ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง จ่ายเป็นค่าอาหารและเครื่องดื่ม ผู้ปกครอง, ค่าอาหารว่าง ผู้ปกครอง จำนวน ๔๔ ราย และค่าวิทยากร จำนวน ๒ ราย ตามสัญญาการยืมเงิน เลขที่ ๐๐๑/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ จาก นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ รวมใบสำคัญคู่จ่าย ๓ ฉบับ จำนวนเงินตามใบสำคัญคู่จ่าย ๙,๓๒๐.๐๐ บาท เงินเหลือจ่ายจำนวน ๐.๐๐ บาท

ลงนาม



เจ้าหน้าที่ผู้รับใบสำคัญคู่จ่าย

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

รายละเอียดใบสำคัญคู่จ่าย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- | | |
|---|--------------|
| ๑. บิลเงินสด ค่าอาหารและเครื่องดื่ม ผู้ปกครอง, ค่าอาหารว่าง ผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. ใบสำคัญรับเงิน ค่าวิทยากร | จำนวน ๒ ฉบับ |

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ที่ สฎ ๘๒๒๐๑.๑/๓๓

วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง รายงานขอความเห็นชอบการจัดซื้อจัดจ้างและอนุมัติส่งใช้เงินยืมตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ตามที่อนุมัติให้ ข้าพเจ้า นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู ยืมเงินงบประมาณ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ในวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ ตามสัญญาเงินยืม เลขที่ ๐๐๑/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ จำนวน ๙,๓๒๐.๐๐ บาท (เก้าพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน) นั้น

บัดนี้ ข้าพเจ้า นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ได้ดำเนินการโครงการดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งหลักฐานการส่งใช้เงินยืมโดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ค่าอาหารและเครื่องดื่ม ผู้ปกครอง เป็นเงิน ๓,๕๒๐.๐๐ บาท

๑.๑ จากนางสาวกรจกมล ลี้มกุล ตามหลักฐานการจ่ายเงิน เป็นบิลเงินสด เล่มที่ ๐๓ เลขที่ ๐๖ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ จำนวนเงิน ๓,๕๒๐.๐๐ บาท

๒. ค่าอาหารว่าง ผู้ปกครอง เป็นเงิน ๒,๒๐๐.๐๐ บาท

๒.๑ จากนางสาวกรจกมล ลี้มกุล ตามหลักฐานการจ่ายเงิน เป็นบิลเงินสด เล่มที่ ๐๓ เลขที่ ๐๖ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ จำนวนเงิน ๒,๒๐๐.๐๐ บาท

๓. ค่าวิทยากร เป็นเงิน ๓,๖๐๐.๐๐ บาท

๓.๑ จากนางสาวสุธิดา รัตนพันธ์ ตามหลักฐานการจ่ายเงิน เป็นใบสำคัญรับเงิน ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ จำนวนเงิน ๑,๘๐๐.๐๐ บาท

๓.๒ จากนางสาวปติตตา จิราภรณ์โสภณ ตามหลักฐานการจ่ายเงิน เป็นใบสำคัญรับเงิน ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ จำนวนเงิน ๑,๘๐๐.๐๐ บาท

รวม ๓ รายการ เป็นเงินทั้งสิ้น ๙,๓๒๐.๐๐ บาท

ตัวอักษร : (เก้าพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ทั้งนี้ขอรับรองว่า การจัดซื้อจัดจ้างดังกล่าวเป็นการดำเนินการตามหนังสือด่วนที่สุด ที่ กค (กวจ) ๐๔๐๕.๒/ว ๑๑๙ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๑ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติในการดำเนินการจัดหาพัสดุที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการบริหารงาน ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงานและการประชุมของหน่วยงานของรัฐ ตาราง ๒ ลำดับ ๑ และ ลำดับ ๑๕ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ส่วนที่ ๓ การเบิกจ่ายเงินยืม ข้อ ๙๓ (๓) (๔)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

๑. ให้ความเห็นชอบการจัดซื้อ/จัดจ้าง ดังกล่าวข้างต้นและให้ถือรายงานนี้เป็นหลักฐานการตรวจรับพัสดุโดยอนุมัติ

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ครู

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู
/ความเห็น...

ความเห็น นักวิชาการศึกษา/หัวหน้าสถานศึกษา

เนติโกปเดโชธรรมา

ไพฑูริ

(นางสาวพนัธิพา โลกถวิล)

นักวิชาการศึกษาชำนาญการ/หัวหน้าสถานศึกษา

ความเห็น หัวหน้าสำนักปลัด

- เนติโกปเดโชธรรมา

ไพฑูริ

(นางพรพิมล เพชรสุวรรณ)

หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

- ไพฑูริ

(นายสมเกียรติ เสนา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ความเห็น นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ไพฑูริ

(นายจักรา วรกุล)

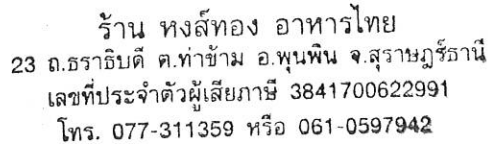
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

สำเนาถูกต้อง

ไพฑูริ

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู



เล่มที่ 03
BOOK NO.

เลขที่ 06
BILL NO.

[illegible]

Thank You

9a

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 8417 00622 99 1
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง กรจงกล ลิ้มกุล
Name Mrs. Kornjongkol
Last name Linkul
เกิดวันที่ 9 ม.ค. 2518
Date of Birth 9 Jan. 1975
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 23 ถนนวิภาวดี ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน
จ.สุราษฎร์ธานี
7 ม.ค. 2560
วันออกบัตร 7 Jan. 2017
Date of Issue

รองนายกรัฐมนตรี
(สุวิทย์ แสงธรรม)
เจ้าพนักงานเลือกบัตร

8 ม.ค. 2569
วันบัตรหมดอายุ 8 Jan. 2026
Date of Expiry

8497-05-07071533

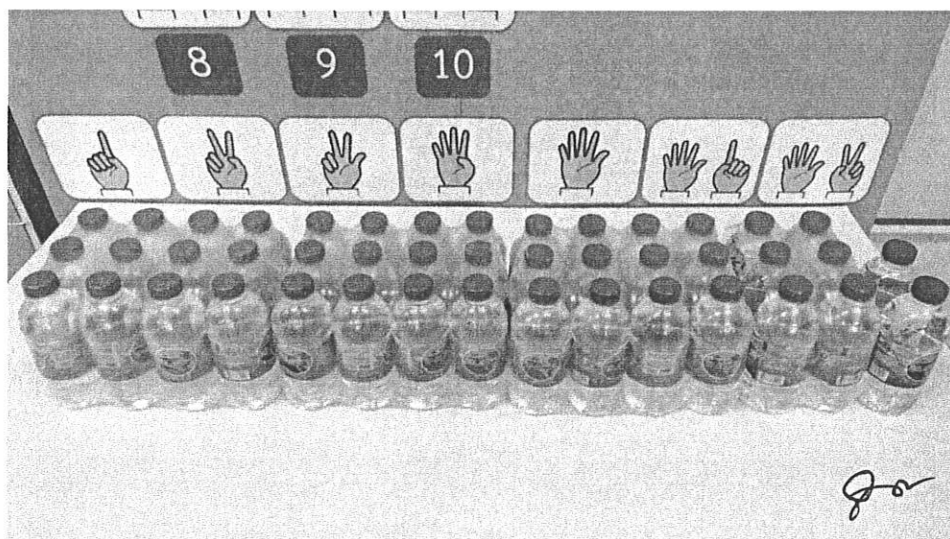
กรจงกล ลิ้มกุล

สำเนาถูกต้อง

๑๑

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู

ภาพประกอบ โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง



อาหารและเครื่องดื่ม ผู้ปกครอง จำนวน ๔๔ คน

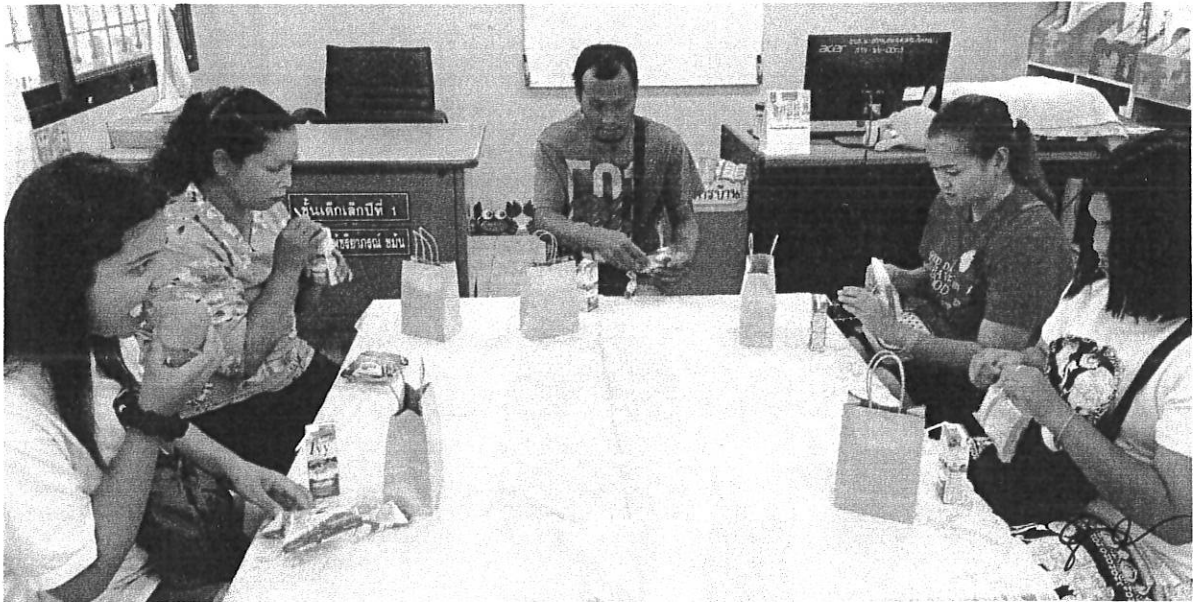
(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู

ภาพประกอบ โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง



สำเนาถูกต้อง

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู



อาหารว่าง ผู้ปกครอง จำนวน ๔๔ คนๆ ละ ๒ มื้อ

สำเนาถูกต้อง

ga

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู

ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม...ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง.....

โครงการ/หลักสูตร...โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

วันที่....๗....เดือน....มีนาคม....พ.ศ.๒๕๖๘....

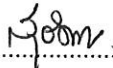
ข้าพเจ้า.....นางสาวสุธิดา.....นามสกุล.....รัตนพันธ์.....อยู่บ้านเลขที่.....๔๕.....หมู่ที่.....๖.....

ตำบล.....บางนอน.....อำเภอ.....พุนพิน.....จังหวัด.....สุราษฎร์ธานี.....

ได้รับเงินจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าวิทยากร ให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่เด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง ตรวจสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัย และทาฟลูออไรด์เคลือบฟันในเด็กปฐมวัย วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน ๓ ชั่วโมง	๑,๘๐๐	-
รวมเป็นเงิน	๑,๘๐๐	-

ตัวอักษร (หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(นางสาวสุธิดา รัตนพันธ์)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

 **บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**
เลขประจำตัวประชาชน 3 8417 00139 18 2
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. สุธิดา รัตนพันธ์
Name Miss Suthida
Last name Rattanaphan
เกิดวันที่ 2 เม.ย. 2520
Date of Birth 2 Apr. 1977
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 45 หมู่ที่ 6 ต.บางบอน อ.พุนพิน
จ.สุราษฎร์ธานี
10 เม.ย. 2565
วันออกบัตร 10 Jun. 2022
Date of Issue


(นางสาวสุธิดา รัตนพันธ์)
เจ้าพนักงานออกบัตร

1 เม.ย. 2574
วันบัตรหมดอายุ 1 Apr. 2031
Date of Expiry


8417-03-06100925

สำเนาถูกต้อง

สุธิดา

(น.ส. สุธิดา รัตนพันธ์)

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม...ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง.....

โครงการ/หลักสูตร...โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

วันที่...๗...เดือน...มีนาคม...พ.ศ.๒๕๖๘....

ข้าพเจ้า.....นางสาวปติตตา.....นามสกุล.....จิราภรณ์โสภณ.....อยู่บ้านเลขที่.....๑๔.....หมู่ที่.....๑.....

ตำบล.....หัวเตย.....อำเภอ.....พุนพิน.....จังหวัด.....สุราษฎร์ธานี.....

ได้รับเงินจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าวิทยากร การฝึกทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี และทาฟลูออไรด์เคลือบฟันในเด็กปฐมวัย วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน ๓ ชั่วโมง	๑,๘๐๐	-
รวมเป็นเงิน	๑,๘๐๐	-

ตัวอักษร (หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน

(นางสาวปติตตา จิราภรณ์โสภณ)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน 1 8399 00033 07 9
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. ปัทมา จิราภรณ์โสภณ
 Name Miss Patitta
 Last name Jirapongsopon
 เกิดวันที่ 25 มิ.ย. 2528
 Date of Birth 25 Jun. 1985
 ศาสนา พุทธ

ถือ 14 หมู่ที่ 1 ต.หัวเตย อ.พุนพิน
 จ.สุราษฎร์ธานี
 6 ก.พ. 2567
 วันออกบัตร
 6 Feb. 2024
 Date of Issue

24 มิ.ย. 2575
 วันบัตรหมดอายุ
 24 Jun. 2032
 Date of Expiry

9417-05-02061316

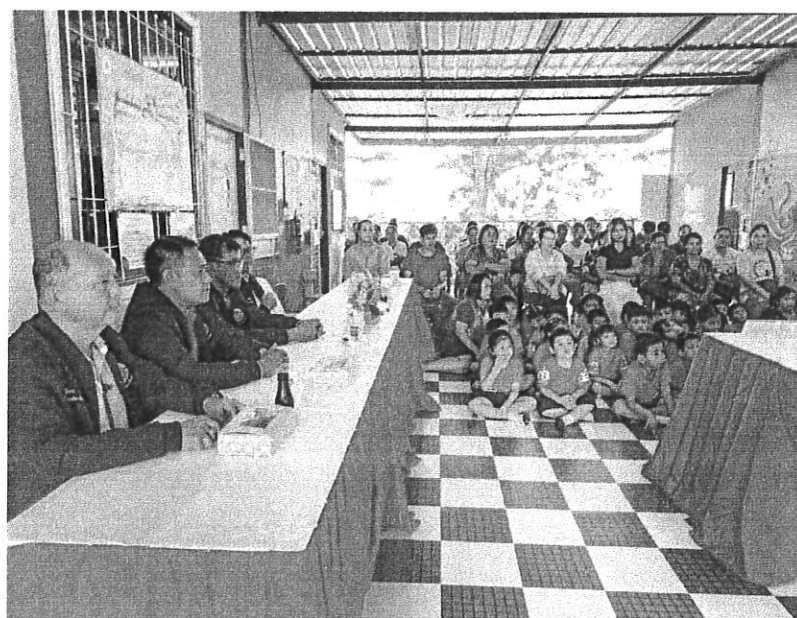
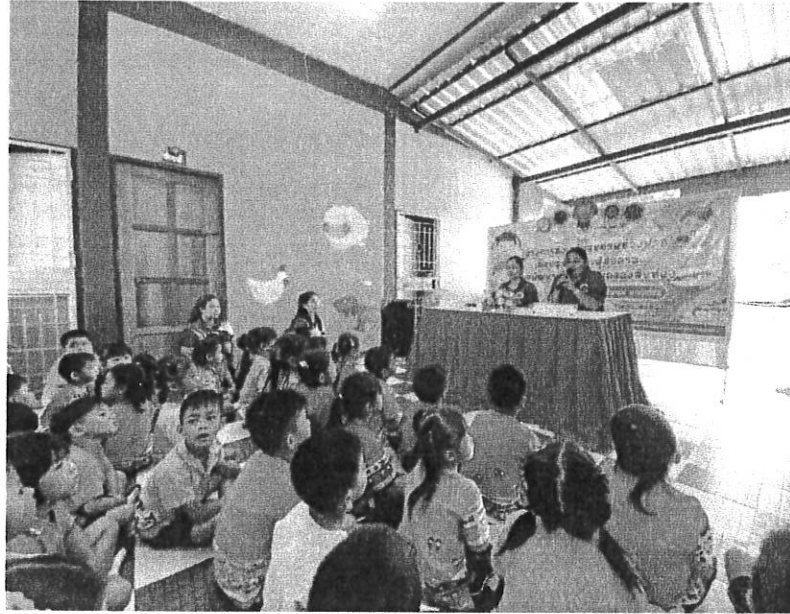
สำเนาถูกต้อง
 ผ.ต. พกชก
 จิราภรณ์/พจน.

สำเนาถูกต้อง

(Signature)

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
 ตำแหน่ง ครู

ภาพประกอบ โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง



สำเนาถูกต้อง

๑๖

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

วิทยาการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่เด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง



สำเนาถูกต้อง

[Signature]

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู

ฝึกทักษะการแปร่งฟันอย่างถูกวิธี



สำเนาถูกต้อง

[Handwritten signature]

ตรวจสอบสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและหาฟลูออไรด์เคลือบฟันในเด็กปฐมวัย (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

ฎีกายืมเงินรายจ่าย

ประจำปีงบประมาณ 2568

ยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน กลยุทธ์ บริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพได้มาตรฐานสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ

ประเภท โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

เลขที่ผู้เบิก 010/2568

เลขที่คลังรับ 010/2568

วันที่จัดทำ 28 กุมภาพันธ์ 2568

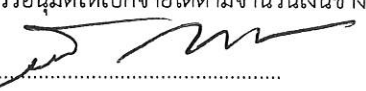
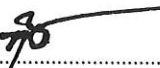
วันที่คลังรับ 28 กุมภาพันธ์ 2568

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
มูลค่าสินค้าหรือบริการ	9,320	- สัญญาเลขที่ 001/2568
บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม	-	- ยืมเงินงบประมาณ เพื่อจ่ายเป็น ค่าอาหารและ
จำนวนเงินที่ขอเบิก	9,320	- เครื่องดื่ม ผู้ปกครอง, ค่าอาหารว่าง ผู้ปกครอง 2 มื้อ,
หัก ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	-	- ค่าวิทยากร 2 คนๆ ละ 3 ชม ตามโครงการส่งเสริม
ค่าปรับ		สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนา
อื่นๆ (เช่น เงินประกันผลงาน, คืนเงินล่วงหน้า)		เด็กเล็กบ้านคลองสินทอง
จำนวนเงินที่จ่ายสุทธิ	9,320	- เพื่อจ่ายให้ นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ เป็นเงิน 9,320.- บาท

(ตัวอักษร) (เก้าพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

หน่วยงานผู้เบิก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ขอเบิกเงินรายจ่ายตามรายการข้างต้น (ลงชื่อ)..... หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิก (นางสาวพันธิพา โลกถวิล) หัวหน้าสถานศึกษา วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568	ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ แหล่งเงินที่ขอเบิก คงเหลือยกมา คงเหลือยกไป เงินงบประมาณ (เงินรายได้สถานศึกษา) 14,670.00 5,350.00 (ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจสอบ (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์) เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568
--	--

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจฎีกา (นางพรพิมล เพชรสุวรรณ) หัวหน้าหน่วยงานคลัง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568	เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ).....  (นางพรพิมล เพชรสุวรรณ) หัวหน้าหน่วยงานคลัง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568
--	--

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ).....  (นายวัชรินทร์ วงศ์วีเชียร) ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาการแทน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 9,320.00 บาท (ลงชื่อ).....  (นายจักรา วรกุล) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 สำเนาถูกต้อง
---	--

ธนาคารกรุงไทย สาขาพุนพิน บัญชีเลขที่ 808-6-03812-2 เลขที่เช็ค 10304228 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 จำนวนเงิน 9,320 บาท (เก้าพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน) จ่ายให้ (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)	ผู้ลงนามในเช็ค/ใบถอน (ลงชื่อ)..... ผู้ลงนาม (ลงชื่อ)..... (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์) (ลงชื่อ)..... ผู้ลงนาม
---	--

การจ่ายเงินเป็นไปตามรายงานการจัดทำเช็ค/ใบถอน เลขที่ 007/2568 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568

สัญญาการยืมเงิน		เลขที่ 001/2568
ยื่นต่อ หัวหน้าหน่วยงานคลังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง		วันครบกำหนด ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘
ข้าพเจ้า นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู สังกัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง จังหวัด สุราษฎร์ธานี มีความประสงค์ขอยืมเงินจากเงินรายได้สถานศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง เพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ในวันศุกร์ ที่ 7 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568 ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประมาณค่าใช้จ่าย		
รายการ		จำนวนเงิน (บาท)
1. ค่าอาหารและเครื่องดื่ม ผู้ปกครอง จำนวน 44 คนๆ ละ 1 มื้อๆ ละ 80 บาท เป็นเงิน 3,520 บาท		9,320.00
2. ค่าอาหารว่าง ผู้ปกครอง จำนวน 44 คนๆ ละ 2 มื้อ มื้อๆ ละ 25 บาท เป็นเงิน 2,200 บาท		
3. ค่าวิทยากร 2 คนๆ ละ 3 ชมๆ ละ 600 บาท เป็นเงิน 3,600 บาท		
รวม		9,320.00
จำนวนเงิน	(เก้าพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน)	
ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำไปสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง คินภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับเงิน ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที ลายมือชื่อ..... ผู้ยืม วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)		
เสนอ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลมะลวน ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติให้ยืมตามสัญญาการยืมเงินฉบับนี้ได้ จำนวน 9,320 บาท (เก้าพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน) ลงชื่อ.....  วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 (นางพรพิมล เพชรสุวรรณ) หัวหน้าหน่วยงานคลังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง คำอนุมัติ อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นเงิน 9,320 บาท (เก้าพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน) ลายมือชื่อ..... ผู้อนุมัติ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 (นายจักรา วรกุล) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลมะลวน		
ใบรับเงิน ได้รับเงินยืม จำนวน 9,320 บาท (เก้าพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน) ไปเป็นการถูกต้องแล้ว ลายมือชื่อ..... ผู้รับเงิน วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์) สำเนาถูกต้อง  (นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์) ตำแหน่ง ครู		

รายการส่งใช้เงินยืม

[illegible]

หมายเหตุ

- (๑) ยื่นต่อ ผู้อำนวยการกองคลัง หัวหน้ากองคลัง หัวหน้าแผนกคลัง หรือตำแหน่ง
เช่นเดียวกันแล้วแต่กรณี
- (๒) ให้ระบุชื่อส่วนราชการที่จ่ายเงินยืม
- (๓) ระบุวัตถุประสงค์ที่จะนำเงินยืมไปใช้จ่าย
- (๔) เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

สำเนาถูกต้อง

gsv

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะละวาน

ที่ สฎ ๘๒๐๑.๑/๒๓

วันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุมัติยืมเงินเพื่อจ่ายตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะละวาน

เรื่องเดิม

ตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การบริหารจัดการ
การศึกษาโดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นฐาน กลยุทธ์ที่ ๕.๑ บริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน
สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การ
บริหารส่วนตำบลมะละวาน ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
บ้านคลองสินทอง งบประมาณตั้งไว้ จำนวน ๑๔,๖๗๐.๐๐ บาท ได้เบิกจ่ายไปแล้ว ๐.๐๐ บาท คงเหลือ
เบิกจ่ายได้ ๑๔,๖๗๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันหกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) นั้น

ข้อเท็จจริง

ในการนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง มีความประสงค์จะดำเนินการจัดทำโครงการ
ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ในวันศุกร์ ที่ ๗
เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้การดำเนินโครงการฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์
ที่วางไว้ จึงขออนุมัติยืมเงินงบประมาณ โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนา
เด็กเล็กบ้านคลองสินทอง รายละเอียดดังนี้

๑. ค่าอาหารและเครื่องดื่ม ผู้ปกครอง จำนวน ๔๔ คนๆ ละ ๑ มื้อๆ ละ ๘๐ บาท

เป็นเงิน ๓,๕๒๐.๐๐ บาท

๒. ค่าอาหารว่าง ผู้ปกครอง จำนวน ๔๔ คนๆ ละ ๒ มื้อ มื้อๆ ละ ๒๕ บาท

เป็นเงิน ๒,๒๐๐.๐๐ บาท

๓. ค่าวิทยากร ๒ คนๆ ละ ๓ ชมๆ ละ ๖๐๐ บาท

เป็นเงิน ๓,๖๐๐.๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๙,๓๒๐.๐๐ บาท (เก้าพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ข้อกฎหมาย

๑. หนังสือคณะกรรมการวินิจฉัยปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ
ที่ กค (กวจ) ๐๔๐๕.๒/ว ๑๑๙ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๑ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติในการดำเนินการจัดหา
พัสดุที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการบริหารงาน ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงานและการประชุมของหน่วยงาน
ของรัฐ ตาราง ๒ ลำดับ ๑ และ ลำดับ ๑๕

๒. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บ
รักษาเงิน และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ส่วนที่ ๓ การเบิกจ่ายเงินยืม ข้อ ๙๓
(๓) (๔)

ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์ ตำแหน่ง ครู ยืมเงิน
ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

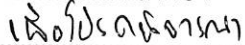
ดำเนินการตาม...

สำเนาถูกต้อง

เป็นเงินทั้งสิ้น ๙,๓๒๐.๐๐ บาท (เก้าพันสามร้อยยี่สิบบาทถ้วน)


(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ครู

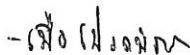
ความเห็น นักวิชาการศึกษา/หัวหน้าสถานศึกษา


.....


(นางสาวพนัธิพา โลกถวิล)

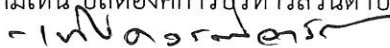
นักวิชาการศึกษาชำนาญการ/หัวหน้าสถานศึกษา

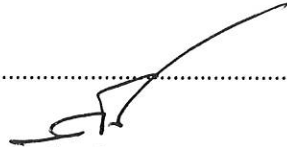
ความเห็น หัวหน้าสำนักปลัด


.....


(นางพรพิมล เพชรสุวรรณ)
หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

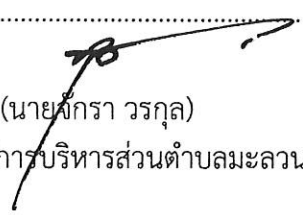

.....


(นายสมเกียรติ เสนา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

ความเห็น นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

☒ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ


(นายจักรา วรกุล)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู

รายชื่อผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง
วันศุกร์ ที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘
ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ลายมือชื่อ (ช่วงเช้า)	ลายมือชื่อ (ช่วงบ่าย)	หมายเหตุ
๑	ปรางค์ 11.สงฆ์ว่าง	ปรางค์	ปรางค์	
๒	สุริยา อ้วนพืด	สุริยา	สุริยา	
๓	จินตนา อิศระ	จินตนา	จินตนา	
๔	ธิดาวิไล มีเจริญ	ธิดาวิไล	ธิดาวิไล	
๕	เมธวัช เมื่องม	เมธวัช	เมธวัช	
๖	แต้ม	แต้ม	แต้ม	
๗	อเล็ก แซ่เซียว	อเล็ก	อเล็ก	
๘	จิราวรรณ นิลอวด	จิราวรรณ	จิราวรรณ	
๙	จิราพร คุ้มคิม	จิราพร	จิราพร	
๑๐	ตมัทธ คุ้มคิม	ตมัทธ	ตมัทธ	
๑๑	วรรณกมล คุ้มคิม	วรรณกมล	วรรณกมล	
๑๒	อรุณช ภิชาพรานนท์	อรุณช	อรุณช	
๑๓	เบญจมาภรณ์ ภัทรี	เบญจมาภรณ์	เบญจมาภรณ์	
๑๔	สมันรัตน์ เสนอพรชัยพันธ์	สมันรัตน์	สมันรัตน์	
๑๕	กัญญา คุ้มคิม	กัญญา	กัญญา	
๑๖	เกรียงศักดิ์ มีเจริญ	เกรียงศักดิ์	เกรียงศักดิ์	
๑๗	พวง พงศ์กร วัฒนพาน	พวง	พวง	
๑๘	ฉลิลา นิลพน	ฉลิลา	ฉลิลา	
๑๙	จิราวรรณ สอนอวด	จิราวรรณ	จิราวรรณ	
๒๐	อริสรา อริสรา	อริสรา	อริสรา	
๒๑	ศุภาดา มณีอ่อน	ศุภาดา	ศุภาดา	
๒๒	ปัทมา กรวยศิริลิต	ปัทมา	ปัทมา	
๒๓	ศุภาดา โพนะวัน	ศุภาดา	ศุภาดา	
๒๔	สันทนา อังศรี	สันทนา	สันทนา	
๒๕	สุนิสา สันตออินทร์	สุนิสา	สุนิสา	
๒๖	จิรารัตน์ อรรถนันท	จิรารัตน์	จิรารัตน์	
๒๗	นลินา มนต์ธนา	นลินา	นลินา	
๒๘	กิตติ์ แป๊ะไธสง	กิตติ์	กิตติ์	สำเนาถูกต้อง
๒๙	นพมล 11.๑๕	นพมล	นพมล	๑๖
๓๐	นพมล ๑๖	นพมล	นพมล	

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

รายชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

วันศุกร์ ที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘

ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ลายมือชื่อ (ช่วงเช้า)	ลายมือชื่อ (ช่วงบ่าย)	หมายเหตุ
๑	เด็กชายธราธา ราชธานี	ธราธา	ธราธา	
๒	เด็กชายธีรรัชช ศรีชาย	ธีรรัชช	ธีรรัชช	
๓	เด็กชายปฤษฎี บุญประดิษฐ์	ปฤษฎี	ปฤษฎี	
๔	เด็กชายภูมิพัฒน์ สิงห์พล	ภูมิพัฒน์	ภูมิพัฒน์	
๕	เด็กชายวัชรสาร มั่งมี	วัชรสาร	วัชรสาร	
๖	เด็กชายวงศ์กร ประชุมวรรณ	วงศ์กร	วงศ์กร	
๗	เด็กหญิงกัลยากร พงษ์พราหมณ์	กัลยากร	กัลยากร	
๘	เด็กหญิงโชติกา แซ่เต๋	โชติกา	โชติกา	
๙	เด็กหญิงนานา	นานา	นานา	
๑๐	เด็กหญิงศุภรณันท์ ขมัน	ศุภรณันท์	ศุภรณันท์	
๑๑	เด็กหญิงอภิษฐา พันธมิตร	อภิษฐา	อภิษฐา	
๑๒	เด็กชายณัฐพล ไสพริก	ณัฐพล	ณัฐพล	
๑๓	เด็กชายบวรวิษญ์ รัตนะวัน	บวรวิษญ์	บวรวิษญ์	
๑๔	เด็กชายอริวัฒน์ พรหมขวัญ	อริวัฒน์	อริวัฒน์	
๑๕	เด็กหญิงกัญญพัชร เนียมน้อย	กัญญพัชร	กัญญพัชร	
๑๖	เด็กหญิงชญาพัสด์ พิพัฒน์ธนพล	ชญาพัสด์	ชญาพัสด์	
๑๗	เด็กหญิงพรกนก	พรกนก	พรกนก	
๑๘	เด็กชายกิตติพัฒน์ ศักดา	กิตติพัฒน์	กิตติพัฒน์	
๑๙	เด็กชายจิรณัฐ อินทร์พรหม	จิรณัฐ	จิรณัฐ	
๒๐	เด็กชายณรงฤทธิ์ รักชื่อ	ณรงฤทธิ์	ณรงฤทธิ์	
๒๑	เด็กชายณัฐกิตติ์ นาคบำรุง	ณัฐกิตติ์	ณัฐกิตติ์	
๒๒	เด็กชายธนาธิป มีเจริญ	ธนาธิป	ธนาธิป	
๒๓	เด็กชายธราดล สารอักษร	ธราดล	ธราดล	
๒๔	เด็กชายปิยะ วงศ์อินทร์	ปิยะ	ปิยะ	
๒๕	เด็กชายภพธรรม มีเจริญ	ภพธรรม	ภพธรรม	
๒๖	เด็กชายภูริภัท อัสระ	ภูริภัท	ภูริภัท	
๒๗	เด็กชายวงศธร ร่ำมาน	วงศธร	วงศธร	
๒๘	เด็กหญิงกัลญารัตน์ แข็งมาก	กัลญารัตน์	กัลญารัตน์	สำเนาถูกต้อง
๒๙	เด็กหญิงฉาน พม่า	ฉาน	ฉาน	
๓๐	เด็กหญิงชุติกานุจน์ มณีอ่อน	ชุติกานุจน์	ชุติกานุจน์	

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู



ที่ สฎ ๘๒๒๐๑.๑/๐๑

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสิงทอง
หมู่ที่ ๘ ตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
บ้านคลองสิงทอง

เรียน ผู้ปกครอง ด.ช/ด.ญ.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการ
๒. แบบตอบรับ

จำนวน ๑ ฉบับ
จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสิงทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน ได้กำหนดจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสิงทอง เพื่อส่งเสริมทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพกับผู้ปกครองในการดูแลช่องปากเด็กปฐมวัยอย่างถูกวิธี โดยกำหนดจัดโครงการในวันศุกร์ ที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสิงทอง ตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ในการนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสิงทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน พิจารณาเห็นว่าโครงการฯ ดังกล่าว จะเกิดประโยชน์แก่ผู้ปกครอง ดังนั้น จึงขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการดังกล่าว และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

๒๕๖๘

(นางสาวพนธิพา โลภวิไล)

หัวหน้าสถานศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสิงทอง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสิงทอง
องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน
โทรศัพท์ ๐๘๗-๐๘๒-๔๗๔๒

สำเนาถูกต้อง

๑๑

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู



กำหนดการ

โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง
ระหว่างวันที่ ๗ มีนาคม - ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๘
ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง อำเภอพนมพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘

เวลา ๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น.	ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้ปกครอง)
เวลา ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	พิธีเปิดโครงการ มอบนโยบาย โดยประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน
เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๐.๓๐ น.	กิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่เด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง โดย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข รพ.สต. มะลวน
เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น.	รับประทานอาหารว่าง
เวลา ๑๐.๔๕ - ๑๒.๐๐ น.	ฝึกทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี โดย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข รพ.สต. มะลวน
เวลา ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน
เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น.	กิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย โดย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข รพ.สต. มะลวน
เวลา ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
เวลา ๑๔.๔๕ - ๑๕.๔๕ น.	กิจกรรมทาลูออไรด์เคลือบฟันในเด็กปฐมวัย โดย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข รพ.สต. มะลวน
เวลา ๑๕.๔๕ - ๑๖.๐๐ น.	กิจกรรมมอบชุดส่งเสริมสุขภาพช่องปากแก่เด็กปฐมวัย โดย คณะครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

วันที่ ๘ เมษายน ๒๕๖๘

เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.	ประเมินสุขภาพช่องปาก บันทึกผล โดย คณะครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ครั้งที่ ๑
-----------------------	--

วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.	ประเมินสุขภาพช่องปาก บันทึกผล โดย คณะครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ครั้งที่ ๒
-----------------------	--

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู



ที่ สฎ ๘๒๒๐๑/๘๖

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน
๑๔/๑ หมู่ที่ ๕ ตำบลมะลวน อำเภอฟุนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญเป็นวิทยากรโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
บ้านคลองสินทอง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการ
๒. แบบตอบรับ

จำนวน ๑ ฉบับ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน ได้กำหนดจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง เพื่อส่งเสริมทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ กับผู้ปกครองในการดูแลช่องปากเด็กปฐมวัยอย่างถูกวิธี โดยกำหนดจัดโครงการในวันศุกร์ ที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ตำบลมะลวน อำเภอฟุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ในการนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน พิจารณาแล้วเห็นว่าหน่วยงานของท่านมีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ จึงขอเชิญบุคลากร รายนางสาวสุธิดา รัตนพันธ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน และ นางสาวปัทมา จิราภรณ์โสภณ ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เพื่อเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ตามกำหนดวัน เวลา สถานที่ ดังกล่าว และผลเป็นประการใด ขอให้ส่งหนังสือตอบรับการเป็นวิทยากรแจ้งให้ทราบด้วยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการสนับสนุนจากท่านด้วยดี จึงขอขอบคุณล่วงหน้า ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายจักรา วรกุล)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

สำนักปลัด

งานการศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๗๗๙๕-๑๑๑๒ ต่อ ๑๓

โทรสาร ๐-๗๗๙๕-๑๑๑๓

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

“ชื่อสัตย์ สุจริต มุ่งสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”



กำหนดการ

โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง
ระหว่างวันที่ ๗ มีนาคม - ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๘
ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘

เวลา ๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น.	ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้ปกครอง)
เวลา ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	พิธีเปิดโครงการ มอบนโยบาย โดยประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลมะลาว
เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๐.๓๐ น.	กิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่เด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง โดย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข รพ.สต. มะลาว
เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น.	รับประทานอาหารว่าง
เวลา ๑๐.๔๕ - ๑๒.๐๐ น.	ฝึกทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี โดย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข รพ.สต. มะลาว
เวลา ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน
เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น.	กิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย โดย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข รพ.สต. มะลาว
เวลา ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
เวลา ๑๔.๔๕ - ๑๕.๔๕ น.	กิจกรรมทาลูออไรด์เคลือบฟันในเด็กปฐมวัย โดย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข รพ.สต. มะลาว
เวลา ๑๕.๔๕ - ๑๖.๐๐ น.	กิจกรรมมอบชุดส่งเสริมสุขภาพช่องปากแก่เด็กปฐมวัย โดย คณะครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง

วันที่ ๘ เมษายน ๒๕๖๘

เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.	ประเมินสุขภาพช่องปาก บันทึกผล โดย คณะครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ครั้งที่ ๑
-----------------------	--

วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.	ประเมินสุขภาพช่องปาก บันทึกผล โดย คณะครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง ครั้งที่ ๒
-----------------------	--

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)
ตำแหน่ง ครู

แบบตอบรับเป็นวิทยากร
โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง
วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘
ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)..... สุจิต รัตนพันธ์
(ชื่อภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่ง..... เจ้าหน้าที่งานทัศนศึกษา ฝ่ายกิจกรรมงาน
หน่วยงาน..... รพ. สก. ม. ดอน
สถานที่ติดต่อ..... รพ. สก. ม. ดอน
หมายเลขโทรศัพท์..... 081-3976253..... หมายเลขโทรสาร.....
E-mail..... atornic oz ru @ gmail . com.

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ ที่ต้องการ)

- ☒ สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้ ☐ ได้จัดส่งประวัติวิทยากรมาด้วย จำนวน.....หน้า
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้
☐ อื่น ๆ

- เอกสารประกอบการบรรยาย

- ☐ มี (ระบุ) ☐ จะจัดส่งให้โดยวิธี
☐ E-mail : saraban_๐๖๘๔๑๗๐๔@dla.go.th ☐ ไปรษณีย์ตามที่อยู่ข้างล่างนี้

☐ ไม่มี

- กรณีที่มี Workshop อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้

- ☐ แผ่นใส ☐ กระดาษ A๔ ☐ กระดาษแข็ง ☐ กรรไกร
☐ กาว ☐ post it ☐ ปากกาเขียนแผ่นใส ☐ flip chart
☐ ป้ายชื่อผู้เข้าอบรม ☐ อื่น ๆ

- อุปกรณ์ที่ใช้บรรยาย

- ☐ Overhead Projector ☐ Computer Notebook
☐ LCD ☐ โทรทัศน์
☐ เครื่องเล่น VDO ☐ แผ่นใส/ปากกาเขียนแผ่นใส
☒ อื่น ๆ (ระบุ) แอร์ฉายโน้ตบุ๊ก โดยใช้อุปกรณ์ประกอบ

ลงชื่อ สุจิต รัตนพันธ์
(น.สุจิต รัตนพันธ์)
วันที่ 29 เดือน มี.ค. พ.ศ. ๖8

สำเนาถูกต้อง

กรุณากรอกแบบฟอร์มและส่งกลับคืนภายในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

๑๔/๑ หมู่ที่ ๕ ตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๗๗๕๕-๑๑๑๒

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

แบบตอบรับเป็นวิทยากร
โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง
วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๘
ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคลองสินทอง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)..... ปัทมา จิราภรณ์โสภณ
(ชื่อภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่ง..... ผู้อำนวยการศูนย์ฯ
หน่วยงาน..... รพ. สท. ม. ลาน
สถานที่ติดต่อ..... รพ. สท. ม. ลาน
หมายเลขโทรศัพท์..... 080-3166566 หมายเลขโทรสาร.....
E-mail..... Preamjidd@gmail.com

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ ที่ต้องการ)

- ☒ สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้ ☐ ได้จัดส่งประวัติวิทยากรมาด้วย จำนวน.....หน้า
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากรได้
☐ อื่น ๆ

- เอกสารประกอบการบรรยาย

- ☐ มี (ระบุ) ☐ จะจัดส่งให้โดยวิธี
☐ E-mail : saraban_๐๖๘๔๑๗๐๔@dla.go.th ☐ ไปรษณีย์ตามที่อยู่ข้างล่างนี้

☐ ไม่มี

- กรณีที่มี Workshop อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้

- ☐ แผ่นใส ☐ กระดาษ A๔ ☐ กระดาษแข็ง ☐ กรรไกร
☐ กาว ☐ post it ☐ ปากกาเขียนแผ่นใส ☐ flip chart
☐ ป้ายชื่อผู้เข้าอบรม ☐ อื่น ๆ

- อุปกรณ์ที่ใช้บรรยาย

- ☐ Overhead Projector ☐ Computer Notebook
☐ LCD ☐ โทรทัศน์
☐ เครื่องเล่น VDO ☐ แผ่นใส/ปากกาเขียนแผ่นใส
☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ลงชื่อ..... ปัทมา จิราภรณ์โสภณ
(น.ส. ปัทมา จิราภรณ์โสภณ)
วันที่ ๒๗ เดือน ก.พ. พ.ศ. ๖๘

สำเนาถูกต้อง

กรุณารอกแบบฟอร์มและส่งกลับคืนภายในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

องค์การบริหารส่วนตำบลมะลวน

๑๔/๑ หมู่ที่ ๕ ตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๗๗๙๕-๑๑๑๒

(นางสาวอุทัยวรรณ คงทิพย์)

ตำแหน่ง ครู

