**รายงานการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗**

**หน่วยงาน..............................................................................**

**(....) รอบ ๖ เดือนแรก (เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ – มีนาคม ๒๕๖๗ (....) รอบ ๑๒ เดือน (เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ – กันยายน ๒๕๖๗)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โครงการ** | **แหล่งงบประมาณ/**  **จำนวนเงิน(บาท)** | **ระยะเวลา**  **ดำเนินงาน** | **ผลการดำเนินงาน** | | | **ผลการใช้จ่ายงบประมาณ** | | | **การปรับ(ครั้ง)** | | | **ปัญหา/อุปสรรค** |
| **ล่าช้า** | **ตาม**  **แผน** | **เร็วกว่า**  **แผน** | **ต่ำกว่า**  **แผน** | **ตาม**  **แผน** | **เร็วกว่า**  **แผน** | **แผน/โครงการ** | **งบ**  **ประมาณ** | **ระยะ**  **เวลา** |
| 1. | เงินบำรุง/100,000บาท |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ..........................................................ผู้รายงาน

(...................................................................)

ตำแหน่ง.........................................................

เบอร์โทรติดต่อ...................................................

วัน/เดือน/ปี........................................................