**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........................................................