**แบบฟอร์มโครงการ ปีงบประมาณ 2562**

**ชื่อโครงการ .....................................................................**

**1) ยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีข้อ** ( ) ………………………………………………………………………

**2) ประเด็นที่มุ่งเน้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีปี 2562ข้อ** ( ) ............................................

**3) หลักการและเหตุผล** ....................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

**4) วัตถุประสงค์** ......( ไม่เกิน 2 ข้อ). ...............................................................................................................

........................................................................................................................................................................

**5) กลุ่มเป้าหมาย**.......................... ...............................................................................................................

**6) วิธีการดำเนินงาน**

**6.1 การเตรียมการ......................................................**

**6.2 การจัดประชุม/อบรม……………………………………..**

**7) ระยะเวลาดำเนินการ** ...(ระบุระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการที่ดำเนินการจริง ไม่ให้ระบุ ต.ค.61-ก.ย.62)

**8) สถานที่ดำเนินการ**.......(ระบุให้ชัดเจน จะต้องสอดคล้องกับการเบิกงบประมาณ)....................................

**9) งบประมาณ**.......................................(ระบุจำนวนเงิน/แหล่งงบประมาณ/รหัสงบประมาณ)...........

**10) ตัวชี้วัดโครงการ**(ผลผลิต/ผลลัพธ์/ผลสำเร็จ).....................................................................................

**11) การประเมินผล**................. ...........................................................................................................................

**12) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** ...........................................................................................................................

**13) ผู้เขียนโครงการ** ..............(ผู้รับผิดชอบงาน/ผอ.รพ.สต.)................................................................................

**14) ผู้เสนอโครงการ** ........... .(หัวหน้ากลุ่มงานของ รพ./สสอ.)...................................................................

**15) ผู้เห็นชอบโครงการ** .....(1.รองประธาน คปสอ.2.ประธาน คปสอ.3.หัวหน้ากลุ่มงานใน สสจ.)......................

**16) ผู้อนุมัติโครงการ** ..........(นพ.สสจ./ผู้รับมอบงาน).............................................................................................

**17) ผังควบคุมกำกับ (Gantt chart)**

**18) กำหนดการประชุม (ถ้ามี)**