



แบบติดตามประเมินผลแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมของชมรมจริยธรรมของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

- รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓-๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)  
 รอบ ๑๒ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓-๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ชื่อชมรม .....STRONG NADUN.....หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่

สถานที่ตั้ง.....หมู่ที่ ๑ ตำบลนาบอน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดมหาสารคาม.....

ชื่อผู้ประสานงาน นายสมชัย ทองพูล.....โทรศัพท์ ๐๙๓ ๕๗๘๒๖๙๐

จำนวนกิจกรรมที่กำหนดตามแผนการดำเนินงานทั้งสิ้น.....๔.....กิจกรรม

จำนวน กิจกรรมที่ดำเนินการจริงในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔.....๔.....กิจกรรม

จำนวนงบประมาณที่ใช้ดำเนินการจริงในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รวม.....-.....บาท

- จากงบประมาณปกติของหน่วยงาน รวมทุกกิจกรรม จำนวน.....-.....บาท
- จากงบประมาณอื่น ๆ รวมทุกกิจกรรม จำนวน.....-.....บาท

รายละเอียด ดังนี้

กิจกรรม	ผลสำเร็จ		งบประมาณ ที่ใช้ (บาท)	หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	ระยะเวลาที่ดำเนินการปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๓				ผลการดำเนินการ
	ผลลัพธ์ เชิงปริมาณ	ผลลัพธ์ เชิงคุณภาพ			ไตรมาส ๑ (ต.ค.-ธ.ค.๖๓)	ไตรมาส ๒ (ม.ค.-มี.ค.๖๓)	ไตรมาส ๓ (เม.ย.-มิ.ย.๖๓)	ไตรมาส ๔ (ก.ค.-ก.ย.๖๓)	
๑. แสดงเจตนาเจตนารมณ์ต่อต้านการทุจริต ทุกรูปแบบ	จำนวน ๑๓ หน่วยงาน จำนวน ๘๒ คน	-เกิดความตระหนักและให้ ความสำคัญในการต่อต้าน การทุจริต		สสอ.นาบอน					จำนวน ๑ ครั้ง
๒. ประชุมติดตามการดำเนินงานไตรมาสละ ๑ ครั้ง	จำนวน ๑๓ หน่วยงาน	การ ต ระ หนัก และ ให้ ความสำคัญในการต่อต้าน การทุจริต		สสอ.นาบอน					ประชุมไตรมาสละ ๑ ครั้ง
๓. จัดกิจกรรมนันทนาการในหน่วยงานตาม วันสำคัญต่างๆ - จัดแข่งขันกีฬาหมากรุกใน วันปีใหม่ - จัดกิจกรรมตามประเพณีสำคัญ	-จำนวน ๑๓ หน่วยงาน จำนวน ๘๒ คน	-เกิดความรัก สามัคคี และ ความผูกพันรั้วของบุคลากร ในองค์กร		สสอ.นาบอน ร.พ.สต.ทุก แห่ง					-กีฬาหมากรุกขึ้นปีใหม่ ๑ ครั้ง จำนวน ๘๔ คน - วันมาฆบูชา, วันเข้าพรรษา

- รักรประทานอาหารกลางวันร่วมกัน - กิจกรรมวันเกิดของบุคลากร	-สสอ.นาดูน,จำนวน๗ คน	-สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ระหว่างบุคคลากร							- สสอ.นาดูน สัปดาห์ ๓-๔ วัน - อวยพรวันเกิดเพื่อร่วมงาน ทุกคน
	-สสอ.นาดูน,จำนวน๗ คน								

หมายเหตุ: ผลสำเร็จเชิงปริมาณ คือ จำนวนคน จำนวนหน่วยงาน จำนวนชุมชน

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ คือ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

.....

.....

อุปสรรค/ปัญหา/ข้อสังเกต จากการดำเนินงาน

.....

.....

ข้อเสนอแนะ แนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานในปีงบประมาณถัดไป

.....

.....



ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน

(นายสมัย ทองพูล)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เลขานุการชมรม

หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....