|  |
| --- |
| **แผนงานโครงการขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครภูเก็ต ประจำปี พ.ศ. 2562**  |
| **ที่** | **โครงการ** | **วัตถุประสงค์** | **กิจกรรมที่ทำ** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **ระยะเวลา** | **ตัวชี้วัด/KPI** | **งบประมาณ** | **ยุทธศาสตร์** |
| **ดำเนินการ** | **(บาท)** |
|  |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ... |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ... |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**\*\*\*ส่งกลับมายังกองทุน ภายในวันที่ 20 กันยายน 2561 เวลา 17.00 น. ที่ E-mail : phuket\_h1@hotmail.com\*\*\***