

ด่วนที่สุด



ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว กษค

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี
เทศบาลเมืองปัตตานี และเทศบาลเมืองตะลุบัน

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแจ้งว่าได้รับแจ้งจากศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ว่าขอทราบความคืบหน้าการขับเคลื่อนโครงการแก้ไขปัญหาสุภาพภาวะและภาวะโภชนาการต่ำของเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ เพื่อจะได้รายงานความคืบหน้าให้คณะกรรมการยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กพต.) ทราบต่อไป ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งจัดทำรายงานความคืบหน้าการขับเคลื่อนโครงการแก้ไขปัญหาสุภาพภาวะและภาวะโภชนาการต่ำของเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด ทั้งนี้ ขอให้ส่งแบบรายงานดังกล่าว ผ่านทาง E-Mail : sansanee2527@gmail.com ภายในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ก่อนเวลา ๑๐.๐๐ น. เพื่อจัดทำสรุปภาพรวมจังหวัดปัตตานีและรายงานให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นต่อไป รายละเอียดปรากฏตามหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๖.๒/ว ๓๑๓ ลงวันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๖ และสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี www.pattanilocal.go.th หัวข้อ “หนังสือราชการ”

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอขอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งดำเนินการด้วย



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร. ๐๗๓-๓๓๖๐๔๔ ต่อ ๑๐๕
โทรสาร ๐๗๓-๓๓๖๕๘๑

☐	ส.บ.ท.
☐	ก.ง.ช.บ.
☒	ก.ง.ส.ส.
☐	ก.ง.ก.ม.
☐	ก.ง.ก.ง.
☐	ก.ง.บ.ป.

Print โลโก้



ส.จ. ปิดตานี้
รับที่ 846
วันที่ 26 ต.ค. 2566
เวลา 14.12

ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๘๑๖.๒/ว ๓๑๓

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด (ตามบัญชีแนบท้าย)

ด้วยศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีหนังสือ ด่วนที่สุด ที่ นร ๕๒๐๓/ว ๒๘๗ ลงวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖ ขอทราบความคืบหน้าการขับเคลื่อนโครงการแก้ไขปัญหาสุขาภาวะและภาวะโภชนาการต่ำของเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อจะได้รายงานความคืบหน้าให้คณะกรรมการยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กพต.) ทราบต่อไป

เพื่อให้การดำเนินการขับเคลื่อนโครงการแก้ไขปัญหาสุขาภาวะและภาวะโภชนาการต่ำของเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง รายงานความคืบหน้าการขับเคลื่อนโครงการแก้ไขปัญหาสุขาภาวะและภาวะโภชนาการต่ำของเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบ ภายในวันศุกร์ที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เพื่อรายงานให้ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ทราบต่อไป รายละเอียดปรากฏตาม QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
๒๖ มกราคม ๒๕๖๖



<https://shorturl.asia/7F5xd>

กองส่งเสริมและพัฒนากิจการการศึกษาท้องถิ่น
กลุ่มงานยุทธศาสตร์การพัฒนากิจการการศึกษาท้องถิ่น
โทรศัพท์ ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๕๓๒๔
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dla.go.th
ผู้ประสานงาน : นางสาวปริญญารณ์ อุบล โทรศัพท์ ๐๖๒ - ๖๐๓๖๑๖๔

บัญชีรายชื่อจังหวัด

๑. จังหวัดยะลา
๒. จังหวัดปัตตานี
๓. จังหวัดนราธิวาส
๔. จังหวัดสตูล
๕. จังหวัดสงขลา (อำเภอเทพา จะนะ นาทวี สะบ้าย้อย)

หน่วยงาน (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....อบต.มะริอับออก.....อำเภอ.....เจาะไร่ร้อง.....จังหวัด.....นราธิวาส.....

ลำดับที่	โครงการ	หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบโครงการ (อปท./ศพด./รพ./รพ.ศด. หรืออื่นๆ)	ผู้รับผิดชอบโครงการ	เบอร์โทรศัพท์ผู้รับผิดชอบโครงการ	งบประมาณที่ขอรับสนับสนุน (บาท)	ขั้นตอนการเสนอขอรับงบประมาณโครงการ (อยู่ขั้นตอนไหนแล้ว)		งบประมาณที่ได้รับอนุมัติ (บาท)	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ)	กลุ่มเป้าหมาย (1) คือใคร (2) จำนวนเท่าไร (ระบุ)		ระยะเวลาดำเนินการ (เริ่มต้น - สิ้นสุด)	ผลการดำเนินการ (ทำอะไรแล้ว กับใคร ที่ไหน อย่างไร ผลเป็นอย่างไร)	ปัญหา/อุปสรรค
						เสนอ	อยู่ระหว่างดำเนินการ			(1)	(2)			
1	โครงการ พัฒนาการสมวัยสูงชันสวนอูร์ดุม	อบต. มะริอับออก			16,730		/	16,730	พื้นที่ อบต.	เด็กเล็ก 0-2	50	ม.ค. - ก.ย. 66		
2														
3														
4														
รวม	1 โครงการ				16,730			16,730						

ชื่อ-สกุล :
ตำแหน่ง :
เบอร์โทรศัพท์ :

ผู้รายงาน

แบบรายงานผลโครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สปสช. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

หน่วยงาน (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....อำเภอ.....จังหวัด.....

ลำดับที่	โครงการ	หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบโครงการ (อปท./สพด./รพ./รพ.สต. หรืออื่นๆ)	ผู้รับผิดชอบโครงการ	เบอร์โทรศัพท์ผู้รับผิดชอบโครงการ	งบประมาณที่ขอรับสนับสนุน (บาท)	ขั้นตอนการเสนอขอรับงบประมาณโครงการ (อยู่ขั้นตอนไหนแล้ว)		งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ (บาท)	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ)	กลุ่มเป้าหมาย (1) คือใคร (2) จำนวนเท่าไร (ระบุ)		ระยะเวลาดำเนินการ (เริ่มต้น - สิ้นสุด)	ผลการดำเนินการ (ทำอะไรแล้ว กับใคร ที่ไหน อย่างไร ผลเป็นอย่างไร)	ปัญหา/อุปสรรค
						เสนอ	อยู่ระหว่างพิจารณา	ได้รับการอนุมัติ		(1)	(2)			
1														
2														
3														
4														
5														
รวม	 โครงการ				0			0						

หมายเหตุ : ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานรวมข้อมูลและรายงานผลเกี่ยวกับโครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สปสช. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ทุกโครงการ

ชื่อ-สกุล :
ตำแหน่ง :
เบอร์โทรศัพท์ :

ผู้รายงาน