แบบฟอร์มที่ ๒

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมของชมรมจริยธรรมในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

☐ **รอบ ๖ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๘-๓๑ มีนาคม ๒๕๖๙)**
☑ **รอบ ๑๒ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๘-๓๐ กันยายน ๒๕๖๙)**

ชื่อชมรม คุณธรรมตามรอยพ่อ Nachuak Strong **หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเชือก**
สถานที่ตั้ง หมู่ที่ ๑๒ ตำบลนาเชือก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม
ชื่อผู้ประสานงาน นายสมัย บัวชา **โทรศัพท์๐๙๓ ๕๗๘๒๖๙๐**
จำนวนกิจกรรมที่กำหนดตามแผนการดำเนินงาน ทั้งสิ้น ๓ **กิจกรรม**
จำนวน กิจกรรมที่ดำเนินการจริงในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ๓ **กิจกรรม**
จำนวนงบประมาณที่ใช้ดำเนินการจริงในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ รวม - **บาท**

- **จากงบประมาณปกติของหน่วยงาน รวมทุกกิจกรรม จำนวน** - **บาท**
- **จากงบประมาณอื่น ๆ รวมทุกกิจกรรม จำนวน** - **บาท**

รายละเอียด ดังนี้

กิจกรรม	ผลสำเร็จ		งบประมาณที่ใช้ (บาท)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ระยะเวลาที่ดำเนินการปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๙				ผลการดำเนินการ
	ผลลัพธ์ เชิงปริมาณ	ผลลัพธ์ เชิงคุณภาพ			ไตรมาส ๑ (ต.ค.-ธ.ค.๖๘)	ไตรมาส ๒ (ม.ค.-มี.ค.๖๙)	ไตรมาส ๓ (เม.ย.-มิ.ย.๖๙)	ไตรมาส ๔ (ก.ค.-ก.ย.๖๙)	
๑. แสดงเจตนารมณ์ต่อต้านการทุจริตทุกรูปแบบ	จำนวน ๑ หน่วยงาน จำนวน ๗ คน	-เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการต่อต้านการทุจริต		สสอ.นาเชือก		———			จำนวน ๑ ครั้ง
๒. ประชุมติดตามการดำเนินงานไตรมาสละ ๑ ครั้ง	จำนวน ๑ หน่วยงาน	การตระหนักและให้ความสำคัญในการต่อต้านการทุจริต		สสอ.นาเชือก	———			———	ประชุมไตรมาสละ ๑ ครั้ง
๓. จัดกิจกรรมนันทนาการในหน่วยงานตามวันสำคัญต่างๆ - กิจกรรม ก้าวท้าใจ S ๔ - จัดแข่งขันกีฬาสาธารณสุข	-จำนวน ๑ หน่วยงาน จำนวน ๗ คน	-เกิดความรัก สามัคคี และความผูกพันธุ์ของบุคลากรในองค์กร		สสอ.นาเชือก รพ.สต.ทุกแห่ง	———			———	- กิจกรรมก้าวท้าใจ s ๔ -กีฬาสาธารณสุข ๑ ครั้ง จำนวน ๘ คน

- จัดกิจกรรมตามประเพณีสำคัญ - กิจกรรมวันเกิดของบุคลากร	-สสอ.นาเชือก,จำนวน ๗ คน -สสอ.นาเชือก,จำนวน ๗ คน	-สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลากร							- วันมาฆบูชา, วันเข้าพรรษา - อวยพรวันเกิดเพื่อร่วมงานทุกคน

หมายเหตุ: ผลสำเร็จเชิงปริมาณ คือ จำนวนคน จำนวนหน่วยงาน จำนวนชุมชน
ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ คือ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

.....

.....

อุปสรรค/ปัญหา/ข้อสังเกต จากการดำเนินงาน

.....

.....

ข้อเสนอแนะ แนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานในปีงบประมาณถัดไป

.....

.....

ลงชื่อ ..... **ผู้รายงาน**

(นายสมัย บัวชา)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอนาเชือก

วันที่ ๓ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙