ชั้นความเร็ว (ถ้ามี) **บันทึกข้อความ**

**ส่วนงาน** โทร.

**ที่** อว 8731. .............................................**.. วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติโครงการ.....................................................................................................................

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ด้วย......................................................................................................................................................

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

ดังนั้น เพื่อให้โครงการดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ จึงขออนุมัติโครงการ............................. ..........................................................................................................................................................................................

ในวันที่ ............................................................... ณ .................................................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ............................................ (...................................................................)

ผู้รับผิดชอบโครงการ

วันที่......../............./..........

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

ลงชื่อ............................................

 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ผู้อนุมัติโครงการ

วันที่......../............./..........

ลงชื่อ............................................

 (นายแพทย์ธนวัฒน์ อุณหโชค)

รองผู้อำนวยการฝ่ายสำนักงานศูนย์

ผู้ตรวจสอบโครงการ

วันที่......../............./.......................

ลงชื่อ............................................

 (นางสาวปภาดา แก้วสวรรค์)

หัวหน้างานคลัง

 ผู้ตรวจสอบงบประมาณโครงการ

วันที่......../............./.......................

| **แบบเสนอโครงการ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน****ประจำปีงบประมาณ** 2567**หน่วยงาน** ............................................................... |
| --- |

**1. โครงการ** ......................................................................................................................................................

**รหัสโครงการ** 🞎 **SAP**......................

🞎 **RAP**.......................

**2. ลักษณะโครงการ** 🞎 โครงการตามแผนปฏิบัติการ🞎 โครงการนอกแผนปฏิบัติการ

**3. ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน**

🞎 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเป็นผู้นำทางการศึกษา (Educational Leader)

🞎 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล (High Performance and Good Governance Organization)

 🞎 ยุทธศาสตร์ที่ 3 พันธกิจสัมพันธ์เพื่อสังคม (Social Engagement)

**4. ความสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน**

4.1 เป้าประสงค์ที่ .... : ……………………………………………………………………………………………

4.2 ตัวชี้วัดที่ .... : …………………………………………………………………………………………..………

4.3 กลยุทธ์ที่ .... : ……………………………………………………………………………………………….…

4.4 การบูรณาการกับยุทธศาสตร์อื่น

 ยุทธศาสตร์ที่ .... : ………………………………………………………………………………

 ตัวชี้วัดที่ .... : ……………………………………………………………………………………….………

 กลยุทธ์ที่ .... : ……………………………………………………………………………………………….

**5. ความสอดคล้อง SDGs (Sustainable Development Goals)**

🞎 SDG 2 ขจัดความอดอยากสร้างความมั่นคงทางอาหาร

🞎 SDG 3 มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีรับรองการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ

🞎 SDG 4 การศึกษาที่เท่าเทียมรับรองการศึกษาที่เท่าเทียมและทั่วถึง ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ทุกคน

🞎 SDG 5 ความเท่าเทียมทางเพศบรรลุความเท่าเทียมทางเพศ พัฒนาบทบาทสตรีและเด็กผู้หญิง

🞎 SDG 17 ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนสร้างพลังแห่งการเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือระดับสากลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

**6. หลักการและเหตุผล**

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**7. วัตถุประสงค์ของโครงการ**

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**8. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัดความสำเร็จ** | **ค่าเป้าหมาย** | **กลุ่มเป้าหมาย** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**9. ระยะเวลา/แผนการดำเนินการ**

 9.1 ระยะเวลาดำเนินงาน และสถานที่ดำเนินงาน

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

9.2 แผนการดำเนินงาน

|  |  |
| --- | --- |
| **กิจกรรม** | **ปีงบประมาณ 2567** |
| **ต.ค.** | **พ.ย.** | **ธ.ค.** | **ม.ค.** | **ก.พ.** | **มี.ค.** | **เม.ย.** | **พ.ค.** | **มิ.ย.** | **ก.ค.** | **ส.ค.** | **ก.ย.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**10. งบประมาณ** ประจำปีงบประมาณ 2567

🞎 โครงการใช้งบประมาณ (กรุณากรอกข้อมูลในตาราง) 🞎 โครงการไม่ใช้งบประมาณ (ไม่ต้องกรอกข้อมูลในตาราง)

 10.1 แหล่งงบประมาณ

 **🞎** งบประมาณแผ่นดิน

**🞎** งบประมาณเงินรายได้ (งบเงินอุดหนุน)

- แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

( ) โครงการพัฒนาหน่วยงานศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

( ) โครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

( ) โครงการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน (HA, TQA)

- แผนงานยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

( ) โครงการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการสร้างองค์ความรู้พื้นฐานของประเทศ

🞎 งบอื่นๆ ระบุ .............................................................................................................................

10.2 รายละเอียดการใช้งบประมาณ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **จำนวน** | **หน่วยละ** | **รวมเป็นเงิน** |
|  | **ตัวอย่าง** |  |  |  |
| 1. | ค่าตอบแทนวิทยากร.....ท่าน | ...วัน x ….ช.ม. | ราคาต่อ ช.ม. | ...บาท |
| 2. | ค่าพาหนะเดินทางสำหรับวิทยากร | ...วัน | ราคาต่อวัน | ...บาท |
| 3. | ค่าที่พัก | ...ห้อง | ราคาต่อห้อง | ...บาท |
| 4. | ค่าอาหารกลางวัน ....คน | ...มื้อ x …วัน | 50 บาท | ...บาท |
| 5. | ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ...คน | ...มื้อ x …วัน | 25 บาท | ...บาท |
| 6. | ค่าวัสดุอุปกรณ์ |  |  | ...บาท |
|  | ฯลฯ |  |  |  |
| **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น** | ...บาท |

จำนวนเงิน ตัวอักษร (...................................................................................................................บาทถ้วน)

**11. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

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

**12. ผู้ประสานงานโครงการ**

ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง ………………………………………………………………………………………………………

โทรศัพท์ : …………………………………………………………………………………………………………………..

อีเมล์ : ………………………………………………………………………………….……………………………………

 ลงชื่อ………………………………………………… ลงชื่อ………………………………………………

 (…………….………………………………….) (…………….……………………………….)

 ผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้เห็นชอบโครงการ วันที่......../............./.......... วันที่......../............./..........

 ลงชื่อ………………………………………………….

 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)

 ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

 ผู้อนุมัติโครงการ

 วันที่......../............./..........

**กำหนดการ**

**โครงการ** ................................................................................................

วันที่ ..........................................

ณ ......................................................................................

|  |
| --- |
| วันที่................................................................................ |
| เวลา | กิจกรรม |
|  | ตัวอย่าง |
|  | ลงทะเบียน |
|  | กล่าวเปิดงาน โดย.....  |
|  | การบรรยายเรื่อง......... โดย........... |
|  | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
|  | การบรรยายเรื่อง......... โดย........... |
|  |  |

หมายเหตุ : เวลา 10.30 น. และ 14.30 น. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม

**รายละเอียดการประมาณการค่าวัสดุอุปกรณ์ในการจัดทำโครงการ**

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

**ผู้ประสานงาน**......................................................................**โทร**..........................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการ** | **จำนวนหน่วย** | **ราคา** | **จำนวนเงิน** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **จำนวนเงินทั้งสิ้น** |  |  |  |

จำนวนเงินตัวอักษร (...................................................................................................)

 ลงชื่อ...................................................

 (.........................................................)

 ผู้รับผิดชอบโครงการ