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

 (แพทย์หญิงโฉมขจี สุขอารีย์ชัย)

รองผู้อำนวยการฝ่ายสำนักงานศูนย์

ผู้ตรวจสอบโครงการ

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

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

 (นางสาวปภาดา แก้วสวรรค์)

หัวหน้างานคลัง

 ผู้ตรวจสอบงบประมาณโครงการ

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

| **แบบเสนอโครงการ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน****ประจำปีงบประมาณ 2568****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)

🞎 ยุทธศาสตร์ที่ 4 การยกระดับความสามารถทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล (Excellent Hospital)

**4. ความสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน**

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

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

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

4.4 การบูรณาการกับยุทธศาสตร์อื่น

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

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

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

🞎 SDG1 No Poverty ขจัดความยากจน

🞎 SDG2 Zero Hunger ขจัดความหิวโหย

🞎 SDG3 Good Health and well-being สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

🞎 SDG4 Quality Education การศึกษาที่มีคุณภาพ

🞎 SDG5 Gender Equality ความเท่าเทียมทางเพศ

🞎 SDG6 Clean Water and Sanitation น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล

🞎 SDG7 Affordable and Clean Energy พลังงานสะอาดที่เข้าถึงได้

🞎 SDG8 Decent Work and Economic Growth งานที่มีคุณค่าและการเติบโตทางเศรษฐกิจ

🞎 SDG9 Industry Innovation and Infrastructure โครงสร้างพื้นฐานนวัตกรรมและอุตสาหกรรม

🞎 SDG10 Reduced Inequalities ลดความเหลื่อมล้ำ

🞎 SDG11 Sustainable Cities and Communities เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน

🞎 SDG12 Responsible Consumption and Production การผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน

🞎 SDG13 Climate Action การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

🞎 SDG14 Life below Water ทรัพยากรทางทะเล

🞎 SDG15 Life on Land ระบบนิเวศบนบก

🞎 SDG16 Peace, Justice and Strong Institutions ความสงบสุข ยุติธรรมและสถาบันเข้มแข็ง

🞎 SDG17 Partnerships for the goals ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

**6. หลักการและเหตุผล**

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

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

**7. วัตถุประสงค์ของโครงการ**

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

**8. ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ**

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

**9. กลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับการดำเนินการกิจกรรม (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)**

 **กลุ่มบุคลากร จำนวน.......................คน**

🞎 อาจารย์แพทย์ จำนวน.......................คน

🞎 แพทย์ จำนวน.......................คน

🞎 นิสิตแพทย์ จำนวน.......................คน

🞎 พยาบาล จำนวน.......................คน

🞎 บุคลากรอื่นๆ จำนวน.......................คน

**กลุ่มบุคคลทั่วไป จำนวน.......................คน**

 🞎 กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน.......................คน

 🞎 กลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน.......................คน

 🞎 กลุ่มอื่นๆ (ระบุ) …………………………………. จำนวน.......................คน

**10. ระยะเวลา/แผนการดำเนินการ**

 10.1 ระยะเวลาดำเนินงาน และสถานที่ดำเนินงาน

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

10.2 แผนการดำเนินงาน

|  |  |
| --- | --- |
| **กิจกรรม** | **ปีงบประมาณ 2568** |
| **ต.ค.** | **พ.ย.** | **ธ.ค.** | **ม.ค.** | **ก.พ.** | **มี.ค.** | **เม.ย.** | **พ.ค.** | **มิ.ย.** | **ก.ค.** | **ส.ค.** | **ก.ย.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**11. งบประมาณ** ประจำปีงบประมาณ 2568

🞎 โครงการใช้งบประมาณ (กรุณากรอกข้อมูลในตาราง) 🞎 โครงการไม่ใช้งบประมาณ (ไม่ต้องกรอกข้อมูลในตาราง)

 11.1 แหล่งงบประมาณ

 **🞎** งบประมาณแผ่นดิน

**🞎** งบประมาณเงินรายได้ (งบเงินอุดหนุน)

- แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

( ) โครงการพัฒนาหน่วยงานศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

( ) โครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

( ) โครงการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน (HA, TQA)

- แผนงานยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

( ) โครงการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการสร้างองค์ความรู้พื้นฐานของประเทศ

**🞎** กองทุนพัฒนาฯ

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

11.2 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)

**12. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

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

**13. ผู้ประสานงานโครงการ**

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

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

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

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

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

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

 ลงชื่อ………………………………………………….

 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)

 ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

 ผู้อนุมัติโครงการ

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

**กำหนดการ**

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

**ประจำปีงบประมาณ ........................**

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

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

|  |
| --- |
| วันที่................................................................................ |
| เวลา | กิจกรรม |
|  | ตัวอย่าง |
| 08.00 - 08.30 น. | ลงทะเบียน |
| 08.30 - 09.00 น. | กล่าวเปิดงาน โดย.....  |
| 09.00 – 10.30 น. | การบรรยาย/กิจกรรม เรื่อง................................. โดย.......(ชื่อวิทยากร).......... |
| 10.30 - 10.45 น. | พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม |
| 10.45 - 12.00 น. | การบรรยาย/กิจกรรม เรื่อง................................. โดย.......(ชื่อวิทยากร).......... |
| 12.00 - 13.00 น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| 13.00 - 14.30 น. | การบรรยาย/กิจกรรม เรื่อง................................. โดย.......(ชื่อวิทยากร).......... |
| 14.30 – 14.45 น. | พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม |
| 14.45 - 16.00 น. | การบรรยาย/กิจกรรม เรื่อง................................. โดย.......(ชื่อวิทยากร).......... |

หมายเหตุ : กำหนดการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

**รายละเอียดการประมาณการค่าวัสดุอุปกรณ์ในการจัดทำโครงการ**

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

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

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

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

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

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

 ผู้รับผิดชอบโครงการ

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

**ประจำปีงบประมาณ 2568**

วัน..........................................

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อ-นามสกุล** | **ตำแหน่ง** | **หน่วยงาน** | **ลายเซ็น** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |