

**แบบอนุมัติแผนสุขภาพชุมชน**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพ..........................................................................รหัส กปท. ..................**

**อำเภอ........................................จังหวัด.....................................................**

**ผลการพิจารณาแผนสุขภาพชุมชน**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ / 25 เมื่อวันที่.............................................สรุปผลการพิจารณาแผนการเงินประจำปีงบประมาณ........................... ดังนี้

🖵 อนุมัติ

🖵 ไม่อนุมัติ เพราะ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

🖵 แจ้ง อปท. ทราบ และดำเนินการประกาศใช้แผนสุขภาพชุมชน ต่อไป

🖵 แจ้ง อปท. ประชาสัมพันธ์แผนสุขภาพชุมชน ให้หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ทราบ เพื่อเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ต่อไป

ลงชื่อ ( )

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

วันที่-เดือน-พ.ศ. ..................................................