ชั้นความเร็ว (ถ้ามี) **บันทึกข้อความ**

**ส่วนงาน**  โทร.

**ที่** ศธ 6931. /.............................................**.. วันที่**

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

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

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

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

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

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

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

ผู้รับผิดชอบโครงการ

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

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

(นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ผู้อนุมัติโครงการ

วัน................เดือน........................พ.ศ.............

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

(นายแพทย์ธนวัฒน์ อุณหโชค)

รองผู้อำนวยการฝ่ายสำนักงานศูนย์

ผู้ตรวจสอบโครงการ

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

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

(นางปุณยวีร์ เพชรช่วย)

รักษาการหัวหน้างานคลัง

ผู้ตรวจสอบงบประมาณโครงการ

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

| **แบบฟอร์มเสนอโครงการ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน**  **ประจำปีงบประมาณ** ...............................................  **หน่วยงาน** ........................................................... |
| --- |

**1. ชื่อโครงการ** ............................................................................................................................................

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

🞎 **RAP**.......................

**2. ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน**

**☑** ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างสุขภาพและสุขภาวะเพื่อความมั่นคงทางการเงิน

(Smart Health and Smart Money)

🞎 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอย่างชาญฉลาด

(Smart Hospitality and Collaboration)

🞎 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 เพิ่มขีดสมรรถนะองค์การสู่โรงพยาบาลแห่งปัญญา

(Smart Hospital and Smart Head and Smart Hand)

🞎 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างเสริมคุณธรรม ปลูกศรัทธา ควบคู่สุขภาพกายและใจที่แข็งแรง

(Smart Heart and Smart Virtue)

**3. ความสำเร็จตามประเด็นยุทธศาสตร์**

**3.1 วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ที่** 1. ความสามารถในการหารายได้สำหรับการพึ่งพาตัวเองได้

**3.2 ตัวชี้วัดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ที่** 1.2 ร้อยละของรายได้ที่เพิ่มขึ้น (จากฐานเงินรายได้ที่ผ่านมา)

**3.3 กลยุทธ์ ที่** 1.2.1 เพิ่มกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีศักยภาพในการจ่ายค่ารักษา (ชำระเงินเอง Faxclaim รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ ผู้สูงอายุที่มีกำลังจ่าย)

**3.4 การบูรณาการกับประเด็นยุทธศาสตร์อื่น**

คือ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่…2.สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอย่างชาญฉลาด (Smart Hospitality and Collaboration)

กลยุทธ์ที่…10.1.1 สร้างสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม หรือ CSR (Corporate Social Responsibility)

**4. หลักการและเหตุผล**

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

**5. วัตถุประสงค์ของโครงการ**

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

**6. ตัวชี้วัดความสำเร็จ และระดับความสำเร็จของโครงการ (ระบุ Output / Outcome / Impact)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัดความสำเร็จ** | **ค่าเป้าหมาย** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **ระดับความสำเร็จ**  **(ระบุ Output / Outcome / Impact)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**7. ระยะเวลา/แผนการดำเนินการ**

7.1 ระยะเวลาดำเนินงาน และสถานที่ดำเนินงาน

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

7.2 แผนการดำเนินงาน

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรม** | **ผู้รับผิดชอบ** | **ปีงบประมาณ 2562** | | | | | | | | | | | |
| **ต.ค.** | **พ.ย.** | **ธ.ค.** | **ม.ค.** | **ก.พ.** | **มี.ค.** | **เม.ย.** | **พ.ค.** | **มิ.ย.** | **ก.ค.** | **ส.ค.** | **ก.ย.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**8. งบประมาณ** ประจำปีงบประมาณ 25............

**🞎** ใช้งบประมาณ (กรุณากรอกข้อมูลในตาราง) **🞎** ไม่ใช้งบประมาณ (ไม่ต้องกรอกข้อมูลในตาราง)

**🞎 เงินแผ่นดิน 🞎 เงินรายได้**

* **ข. แผนงานยุทธศาสตร์สร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี (งบเงินรายจ่ายอื่น)**

**🞎** โครงการพัฒนาศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

**🞎** โครงการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน (HA, TQA)

* **ค. แผนงานบูรณาการวิจัยและนวัตกรรม**

🞎 โครงการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการสร้างองค์ความรู้พื้นฐานของประเทศ

* 🞎 อื่นๆ ระบุ....................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)

**9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

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

**10. ผู้ประสานงานโครงการ**

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

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

โทรสาร : …………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

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

ลงชื่อ………………………………………………….

(นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ผู้อนุมัติโครงการ

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

**กำหนดการ**

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

**วัน / เวลา / สถานที่**.............................................................................

**จัดโดย**……………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **เวลา** | **รายละเอียด** | **ชื่อวิทยากร (ถ้ามี)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**รายละเอียดการประมาณการค่าวัสดุอุปกรณ์ในการจัดทำโครงการ**

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

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

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

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

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

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

ผู้รับผิดชอบโครงการ