

ประชุมระบบทางไกล (VDO Conference)
รับฟังแนวทางการดำเนินโครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่
และรับบริจาคโลหิตเฉลิมพระเกียรติ
เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก

วันศุกร์ที่ 3 พฤษภาคม 2562 เวลา 09.00 – 12.00 น.
ณ ห้องประชุม 2 อาคาร 1 ชั้น 2
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



1.ความเป็นมาของโครงการ

2.สิ่งที่ต้องดำเนินการ

2.1 แนวทางปฏิบัติในการจัดกิจกรรม

(ป้าย การตั้งเครื่องราชสักการะ การแต่งกาย กำหนดการ)

2.2 การจัดทำแผนปฏิบัติการ

2.3 การรายงานผลการดำเนินงาน

2.4 ผู้ประสานงาน



ประกาศสำนักพระราชวัง

เรื่อง ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตั้งการพระราชพิธีบรมราชาภิเษก

ประกาศสำนักพระราชวัง ลงวันที่ 1 มกราคม 2562

แจ้งว่า สมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อม
ให้ตั้งการพระราชพิธีบรมราชาภิเษก ระหว่างวันที่ 4 – 6 พฤษภาคม 2562

โครงการและกิจกรรมเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคลราชพิธีบรมราชาภิเษก



ตามมติคณะกรรมการฝ่ายโครงการและกิจกรรมเฉลิมพระเกียรติฯ (18 ม.ค.62) มอบหมายให้หน่วยงานดำเนินการ



1.การจัดทำเหรียญที่ระลึก เหรียญกษาปณ์ที่ระลึกและเหรียญที่ระลึกประดับแพรแถบ



2.โครงการพัฒนาลำน้ำคลองเปรมประชากร เพื่อสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของประชาชน



3.จัดสร้างพิพิธภัณฑองค์ความรู้เรื่องไม้มีค่าเพื่อประโยชน์ของแผ่นดิน



4.กิจกรรมสวดมนต์

5.โครงการและกิจกรรมอุปสมบทหมู่



6.กิจกรรมถวายพระพรชัยมงคลของศาสนาต่าง ๆ



7.การจัดนิทรรศการ
เฉลิมพระเกียรติ



8.การจัดกิจกรรมการแสดงมหรสพสมโภช



9.โครงการและกิจกรรมปลูกต้นไม้
และปลูกป่าเฉลิมพระเกียรติ

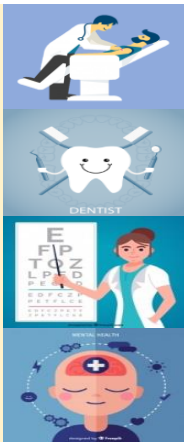


10.โครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิตเฉลิมพระเกียรติ
เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก

กิจกรรม

1. กิจกรรมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

- บริการทางการแพทย์
- บริการทันตกรรมเคลื่อนที่
- บริการตรวจตา
- บริการสุขภาพจิตเคลื่อนที่



2. กิจกรรมรับบริจาคโลหิต

- รับบริจาคโลหิต
- รับบริจาคอวัยวะและดวงตา



เป้าหมายการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง

(4 พ.ค. 62-4 พ.ค. 63)



พื้นที่ดำเนินการ
77
จังหวัด
ทั่วประเทศ

ทุกจังหวัดจัด 4 ครั้ง
ตามช่วงเวลา ดังนี้

- ครั้งที่ 1 พ.ค.-มิ.ย. 2562
- ครั้งที่ 2 ก.ค.-ส.ค. 2562
- ครั้งที่ 3 พ.ย.-ธ.ค. 2562
- ครั้งที่ 4 มี.ค.-4 พ.ค. 2563

กรอบการดำเนินงาน

Timeline

1 พ.ค. ประชุม คกก ขับเคลื่อนโครงการฯ

3 พ.ค. ประชุม video Conference

3-10 พ.ค. ให้หน่วยงานจัดทำแผนส่ง กยผ.

10-13 พ.ค. สรุปแผนจากหน่วยงานพื้นที่ออกหน่วย

- พื้นที่ออกหน่วยฯ ครั้งที่ 1 (พ.ค.- มิ.ย.62)

- รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 1 ภายใน 30 มิ.ย. 62

- พื้นที่ออกหน่วยฯ ครั้งที่ 3

(พ.ย.-ธ.ค.62)

- รายงานผลการดำเนินงาน

ครั้งที่ 3 ภายในวันที่ 31 ธ.ค.62

- รายงานผลติดตามการส่งต่อ

ผู้ป่วย ครั้งที่ 2 ภายใน 30 พ.ย. 62

รายงานสรุปผลการดำเนินงาน

เสนอสำนักงานปลัด

สำนักนายกรัฐมนตรี



ปี 2562

ปี 2563

2. สิ่งที่ต้องดำเนินการ

2.1 แนวทางปฏิบัติในการจัดกิจกรรม (ป้าย การตั้งเครื่องราชสักการะ การแต่งกาย กำหนดการ)

2.1.1 ป้ายโครงการ

รูปแบบ font : TH Niramit IT๙ รหัสสีตัวหนังสือ : 2a2a3f



120
เซนติเมตร

250 เซนติเมตร

หมายเหตุ รูปแบบไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้เนื่องจากได้รับอนุญาตแล้ว ส่วนขนาดปรับได้ตามความเหมาะสม

2. สิ่งที่ต้องดำเนินการ (ต่อ)

2.1 แนวทางปฏิบัติในการจัดกิจกรรม (ต่อ)

2.1.2 การตั้งเครื่องราชสักการะ

- 1) ตราสัญลักษณ์พระราชพิธีบรมราชาภิเษก พุทธศักราช 2562 และพระบรมฉายาลักษณ์ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ลิงค์ ดาวน์โหลด สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
http://www.opm.go.th/opmportal/pageconfig/hilight/news_popup.asp?nid=1413
(ขนาดของพระบรมฉายาลักษณ์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจะต้องเหมาะสมกับโต๊ะหมู่บูชา)
- 2) พุ่มเงิน พุ่มทอง ตั้งพุ่มทองด้านขวามือพระบรมพระฉายาลักษณ์ พุ่มเงินตั้งด้านซ้ายมือพระฉายาลักษณ์
- 3) โต๊ะหมู่บูชา หมู่ 7 หรือ หมู่ 9 พรหมสี่แดง
- 4) พุ่มดอกไม้สี่เหลืง (วางพานพุ่มดอกไม้เป็นจำนวนคี่ คือ 3 หรือ 5 พานพุ่ม)
- 5) กรวย รูปเทียนแพร (รูปอยู่ด้านบนเทียน)
- 6) ประดับธงชาติไทยด้านขวามือพระบรมฉายาลักษณ์ ธงตราสัญลักษณ์พระราชพิธีบรมราชาภิเษก ด้านซ้ายมือพระบรมฉายาลักษณ์

2. สิ่งที่ต้องดำเนินการ (ต่อ)

ตัวอย่าง การตั้งเครื่องราชสักการะ



2. สิ่งที่ต้องดำเนินการ (ต่อ)

2.1 แนวทางปฏิบัติในการจัดกิจกรรม (ต่อ)

2.1.3 การแต่งกาย

- 1) ประธาน : ชุดปกติขาว
- 2) ผู้มาร่วมพิธี : ข้าราชการ ชุดปกติขาว เจ้าหน้าที่ สากลสุภาพ (ยกเว้นสีดำ) หรือชุดปฏิบัติการ
- 3) ผู้ปฏิบัติงาน : ชุดปฏิบัติการ
- 4) จิตอาสาพระราชทาน : ชุดจิตอาสาพระราชทาน
- 5) ประชาชน : ขอความร่วมมือแต่งการด้วยเสื้อสีเหลือง
- 6) ประธานในพิธี : ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือ ผู้แทน
- 7) จำนวนครั้งการเปิดงาน : อย่างน้อย 1 ครั้ง

2.1.4 ร่างกำหนดการ คำกล่าวรายงานและคำกล่าวเปิด

- 1) ร่างกำหนดการ
- 2) ร่างคำกล่าวรายงานและคำกล่าวเปิด

2.สิ่งที่ต้องดำเนินการ (ต่อ)

2.2 การจัดทำแผนปฏิบัติการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิตเฉลิมพระเกียรติฯ หน่วยงานสามารถบันทึกแผนปฏิบัติการได้ที่ เว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

http://bps.moph.go.th/new_bps/node/490

2.แบบฟอร์มแผนปฏิบัติการโครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิตเพื่อเฉลิมพระเกียรติ

เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก

ชื่อ-สกุล..... (ผู้ประสานงาน)

ตำแหน่ง.....

มือถือ.....

อีเมล์.....

ID Line.....

หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ชื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

เวทสุภาพที่.....

ครั้งที่ 1											
กิจกรรมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่						กิจกรรมบริจาคโลหิต					
วคป	สถานที่ออกปฏิบัติงาน	อำเภอ	ตำบล	หมู่	งม (บาท)	วคป	สถานที่ออกปฏิบัติงาน	อำเภอ	ตำบล	หมู่	งม (บาท)

ครั้งที่ 2											
กิจกรรมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่						กิจกรรมบริจาคโลหิต					
วคป	สถานที่ออกปฏิบัติงาน	อำเภอ	ตำบล	หมู่	งม (บาท)	วคป	สถานที่ออกปฏิบัติงาน	อำเภอ	ตำบล	หมู่	งม (บาท)

ครั้งที่ 3											
กิจกรรมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่						กิจกรรมบริจาคโลหิต					
วคป	สถานที่ออกปฏิบัติงาน	อำเภอ	ตำบล	หมู่	งม (บาท)	วคป	สถานที่ออกปฏิบัติงาน	อำเภอ	ตำบล	หมู่	งม (บาท)

ครั้งที่ 4											
กิจกรรมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่						กิจกรรมบริจาคโลหิต					
วคป	สถานที่ออกปฏิบัติงาน	อำเภอ	ตำบล	หมู่	งม (บาท)	วคป	สถานที่ออกปฏิบัติงาน	อำเภอ	ตำบล	หมู่	งม (บาท)

แผนปฏิบัติการโครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และการบริจาคโลหิตเพื่อเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก

แบบสอบถามจะแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แผนปฏิบัติการการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (บันทึกแผนการออกพื้นที่จำนวน 4 ครั้ง)

ส่วนที่ 3 แผนการออกรับบริจาคโลหิต (บันทึกแผนการออกพื้นที่จำนวน 4 ครั้ง)

*จำเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.ชื่อ-สกุล (ผู้ประสานงาน) *

คำตอบของคุณ

2.ตำแหน่ง *

☐ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

☐ พยาบาลวิชาชีพ

☐ นักวิชาการสาธารณสุข

☐ อื่นๆ:

3.เบอร์ติดต่อ *

คำตอบของคุณ

4.E-mail *

คำตอบของคุณ

หมายเหตุ กำหนดส่งแผนปฏิบัติการ ภายในวันที่ 10 พฤษภาคม 2562

2. สิ่งที่ต้องดำเนินการ (ต่อ)

2.3 การรายงานผลการดำเนินงาน

แบบรายงานผลการปฏิบัติงาน ดังนี้

- 1.แบบฟอร์มรายงานผลการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่
- 2.แบบฟอร์มรายงานผลการรับบริจาคโลหิต
- 3.แบบฟอร์มรายงานผลการติดตามการส่งต่อผู้ป่วย
- 4.แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
- 5.ภาพกิจกรรม 5 ภาพ (1 ภาพ ขนาดไม่เกิน 10 MB.)

2. สิ่งที่ต้องดำเนินการ (ต่อ)

แบบฟอร์มที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจ

แบบสอบถามความพึงพอใจผู้มารับบริการ

แบบสอบถามความพึงพอใจประชาชนผู้มารับบริการ
โครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิตเพื่อเฉลิมพระเกียรติ
เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก

สถานที่เก็บข้อมูล
วันที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย

2. อายุ ปี

3. การศึกษา ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า ☐ อนุปริญญา หรือ เทียบเท่า
☐ วิทยาลัยอาชีวศึกษา ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ พักงานวิชาชีพ/ลูกจ้าง
4. ประกอบอาชีพ ☐ ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ รับจ้าง ☐ นักเรียน/นักศึกษา
☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ เกษตรกร/ผู้ถือไร่/ประมง ☐ เกษียณ ☐ว่างงาน
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. ท่านได้รับการอะไรบ้าง ☐ บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ☐ บริจาคโลหิต

6. ถ้าท่านรับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ท่านรับบริการอะไรบ้าง

1) บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ☐ รับบริการ ☐ ไม่ได้รับบริการ

2) บริการทันตกรรม ☐ รับบริการ ☐ ไม่ได้รับบริการ

3) บริการสายตา ☐ รับบริการ ☐ ไม่ได้รับบริการ

4) บริการสุขภาพจิต ☐ รับบริการ ☐ ไม่ได้รับบริการ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการให้บริการในด้านต่าง ๆ

5. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านเพียงระดับเดียว

ลำดับ	ประเด็นความคิดเห็น	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1.	ท่านพึงพอใจต่อการประชาสัมพันธ์โครงการ					
2.	ท่านพึงพอใจต่อการให้บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่					
3.	ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมบริจาคโลหิต (เฉพาะผู้บริจาคโลหิต)					
4.	ท่านพึงพอใจต่ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ให้บริการ					
5.	ท่านพึงพอใจต่อสถานที่และสภาพแวดล้อมที่ให้บริการ					
6.	ท่านพึงพอใจต่อความเหมาะสมของระยะเวลาในการให้บริการ					
7.	ท่านพึงพอใจต่อโครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิตเพื่อเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก					

6. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อันทำให้เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ทางราชการในครั้งนี้

แบบสอบถามความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

แบบสอบถามความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
โครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิตเพื่อเฉลิมพระเกียรติ
เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก

หน่วยงาน.....
วันที่เก็บข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ ปี

3. ตำแหน่ง ☐ แพทย์/ทันตแพทย์/จิตแพทย์ ☐ พยาบาล ☐ นักวิชาการสาธารณสุข
☐ อื่น ๆ ระบุ.....

4. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านเพียงระดับเดียว

ประเด็นความคิดเห็นท่านพึงพอใจต่อ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1. การประชาสัมพันธ์โครงการ					
2. การให้บริการประชาชนที่มาใช้บริการ					
3. ท่านพึงพอใจต่อความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินโครงการ					
4. ท่านพึงพอใจต่ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ให้บริการ					
5. ท่านพึงพอใจต่อสถานที่และสภาพแวดล้อมที่ให้บริการ					
6. ท่านพึงพอใจต่อโครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิตเพื่อเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก					

5. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อันทำให้เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ทางราชการในครั้งนี้

หมายเหตุ ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

แบบสอบถามผู้รับบริการ จังหวัดละ 50 ตัวอย่างต่อครั้ง

แบบสอบถามผู้ให้บริการ จังหวัดละ 10-20 ตัวอย่างต่อครั้ง

2. สิ่งที่ต้องดำเนินการ (ต่อ)

แบบฟอร์มที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจ

แบบสอบถามความพึงพอใจผู้มารับบริการ

แบบสอบถามความพึงพอใจประชาชนผู้มารับบริการ
โครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิตเพื่อเฉลิมพระเกียรติ
เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก

สถานที่เก็บข้อมูล
วันที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย

2. อายุ ปี

3. การศึกษา ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า ☐ อนุปริญญา หรือ เทียบเท่า
☐ วิทยาลัยอาชีวศึกษา ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ พักงานวิชาชีพ/ลูกจ้าง
4. ประกอบอาชีพ ☐ ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ รับจ้าง ☐ นักเรียน/นักศึกษา
☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ เกษตรกร/ผู้ถือไร่/ประมง ☐ เกษตรกร ☐ วางงาน
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. ท่านได้รับการอะไรบ้าง ☐ บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ☐ บริจาคโลหิต

6. ถ้าท่านรับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ท่านรับบริการอะไรบ้าง

1) บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ☐ รับบริการ ☐ ไม่ได้รับบริการ

2) บริการทันตกรรม ☐ รับบริการ ☐ ไม่ได้รับบริการ

3) บริการสายตา ☐ รับบริการ ☐ ไม่ได้รับบริการ

4) บริการสุขภาพจิต ☐ รับบริการ ☐ ไม่ได้รับบริการ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการให้บริการในด้านต่าง ๆ

5. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านเพียงระดับเดียว

ลำดับ	ประเด็นความคิดเห็น	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1.	ท่านพึงพอใจต่อการประชาสัมพันธ์โครงการ					
2.	ท่านพึงพอใจต่อการให้บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่					
3.	ท่านพึงพอใจต่อกิจกรรมบริจาคโลหิต (เฉพาะผู้บริจาคโลหิต)					
4.	ท่านพึงพอใจต่ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ให้บริการ					
5.	ท่านพึงพอใจต่อสถานที่และสภาพแวดล้อมที่ให้บริการ					
6.	ท่านพึงพอใจต่อความเหมาะสมของระยะเวลาในการให้บริการ					
7.	ท่านพึงพอใจต่อโครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิตเพื่อเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก					

6. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อันทำให้เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ทางราชการในครั้งนี้

แบบสอบถามความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

แบบสอบถามความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
โครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิตเพื่อเฉลิมพระเกียรติ
เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก

หน่วยงาน.....
วันที่เก็บข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ ปี

3. ตำแหน่ง ☐ แพทย์/ทันตแพทย์/จิตแพทย์ ☐ พยาบาล ☐ นักวิชาการสาธารณสุข
☐ อื่น ๆ ระบุ.....

4. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านเพียงระดับเดียว

ประเด็นความคิดเห็นท่านพึงพอใจต่อ	มากที่สุด 5	มาก 4	ปานกลาง 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1. การประชาสัมพันธ์โครงการ					
2. การให้บริการประชาชนที่มาใช้บริการ					
3. ท่านพึงพอใจต่อความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินโครงการ					
4. ท่านพึงพอใจต่ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ให้บริการ					
5. ท่านพึงพอใจต่อสถานที่และสภาพแวดล้อมที่ให้บริการ					
6. ท่านพึงพอใจต่อโครงการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิตเพื่อเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก					

5. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อันทำให้เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ทางราชการในครั้งนี้

หมายเหตุ ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

แบบสอบถามผู้รับบริการ จังหวัดละ 50 ตัวอย่างต่อครั้ง

แบบสอบถามผู้ให้บริการ จังหวัดละ 10-20 ตัวอย่างต่อครั้ง

2. สิ่งที่ต้องดำเนินการ (ต่อ)



สรุปสิ่งที่พื้นที่ต้องดำเนินการ

1. มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประสานงานหลัก
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดกิจกรรมตามโครงการ 4 ครั้ง
ตามช่วงเวลาที่กำหนด
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการส่งมาให้กองยุทธศาสตร์
และแผนงานภายในวันที่ 10 พฤษภาคม 2562
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานผลการปฏิบัติงานและรายงานผล
การติดตามผู้ป่วยส่งต่อตามระยะเวลาที่กำหนด
พร้อมภาพประกอบกิจกรรม
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและ
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตามระยะเวลาที่กำหนด

2. สิ่งที่ต้องดำเนินการ (ต่อ)



2.4 ผู้ประสานงาน

Download เอกสารผ่าน QR Code หรือผ่านทาง http://bps.moph.go.th/new_bps/node/490



ช่องทางการประสานงาน **Group line** โครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรับบริจาคโลหิต ผ่าน QR Code



E-mail : Spd.evaluation3.2018@gmail.com



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน Telephone : 02-590-1562



จบการนำเสนอ