**-โครงการตัวอย่าง-**

**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**

เรื่อง ขอเสนอโครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เรียน ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ **อบต./เทศบาล**………..

 ด้วย **อบต./เทศบาล/รพสต.**..................................มีความประสงค์จะจัดทำโครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปีงบประมาณ 2563 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกัน **อบต./เทศบาล**................................ เป็นเงิน........................ บาท (.......................................................) โดยมีรายละเอียดโครงการดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดโครงการ**

1. **หลักการและเหตุผล (ระบุที่มาของการทำโครงการ)**

 ปัจจุบันเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้แจ้งสถานการณ์ทั่วโลกใน 38 ประเทศ ข้อมูลตั้งแต่ 5 มกราคม – 26 กุมภาพันธ์ 2563 (07.00 น.) พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อจำนวน 80,427 ราย เสียชีวิต 2,712 ราย ส่วนประเทศจีนพบผู้ป่วย 77,666 ราย เสียชีวิต 2,664 ราย สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อรักษาในโรงพยาบาล 16 ราย กลับบ้านแล้ว 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยในประเทสไทย รวมสะสม 40 ราย (ข้อมูลจาก : รายงานข่าวกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ศูนย์ปฏิบัติการด้านข่าว โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563)

 ทั้งนี้ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำเป็นต้องมีการดำเนินการให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลเฝ้าระวังป้องกันตนเองให้กับประชาชนในเขตพื้นที่ ได้แก่ หน่วยบริการ สถานบริการหน่วยงานสาธารณสุข สถานประกอบการ สถานศึกษา ศูนย์เด็กเล็ก หน่วยราชการ ห้างสรรพสินค้า ชุมชน และบริการสาธารณะต่างๆ เขตในพื้นที่ความรับผิดชอบของ อบต./เทศบาล......................................

 **อบต./เทศบาล/รพสต.**......................... รับผิดชอบดูแลเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จึงต้องมีการมาตรการแก้ไขสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้ทันต่อเหตุการณ์ เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ตลอดจนป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง

**2.วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 1. เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลเฝ้าระวังป้องกันตนเองเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้กับประชาชนในพื้นที่ของอบต./เทศบาล...................................................

 2. เพื่อให้มีทรัพยากร งบประมาณ พอเพียงต่อการสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคติเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

**3.วิธีดำเนินงาน**

1. ขั้นตอนวางแผนงาน

- ร่วมกันประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาและ

 รูปแบบวิธีการดำเนินงานโครงการ

- แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ

- ติดต่อประสานงานหน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันดำเนินงาน

2.จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติต่อคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพอบต./เทศบาล....

3.ขั้นตอนการดำเนินงาน

 1. รณรงค์เรื่องการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19) ดำเนินการผลิตสื่อ ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนรับรู้ข้อมูล สถานการณ์ผ่านช่องทางต่างๆ

 2. จัดอบรม ให้ความรู้กับประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

 3**.** สนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคติเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ตามแนวทางในการสอบสวนโรคและควบคุมโรค ของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

 4.การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

 5.ติดตามสถานการณ์ เฝ้าระวังสถานการณ์ และแจ้งให้ประชาชนทราบเป็นระยะ

 6.สรุปผลการดำเนินงาน และ รายงานให้คณะกรรมการกองทุนฯ ทราบเมื่อสิ้นสุดโครงการ

**4. ระยะเวลาดำเนินงาน**

 ระหว่างเดือน มีนาคม – กันยายน 2563

**5.สถานที่ดำเนินการ**

 อบต./เทศบาล........................................

**6. งบประมาณ**

 จากงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพอบต./เทศบาล............................ จำนวน ................... บาท (..............................................................) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

 กิจกรรมที่ 1 ประชาสัมพันธ์ อบรม ให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่อบต/เทศบาล........... ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นเงิน ............................ บาท (........................................) เพื่อใช้ในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่

* 1. หน้ากากอนามัยสำหรับผู้ใหญ่ จำนวน …….…ชิ้น x ...........บาท = ……………………… บาท
	2. หน้ากากอนามัยสำหรับเด็ก จำนวน …….…ชิ้น x ...........บาท = ……………………... บาท
	3. เจลล้างมือแอลกอฮอล์ จำนวน…….…ขวด x ..........บาท = ……………………... บาท
	4. สื่อประชาสัมพันธ์การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

จำนวน ........................................บาท (ระบุรายละเอียด)

 กิจกรรมที่ 2 สนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส

โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อเช่น ชุดป้องกันตนเอง PPE แว่นหน้านิรภัย หน้ากาก N95 ฯลฯ ตามแนวทางในการสอบสวนโรคและควบคุมโรค ของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นเงิน ……………………………บาท (สำหรับพื้นที่ที่มีความจำเป็น)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตนเอง สามารถป้องกันตนเองจากโรคติดต่อได้

2. ประชาชนในพื้นที่อบต./เทศบาล...........................ได้การป้องกันการติดเชื้อจากโรคติดต่อ

3. การดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเป็นระบบ ชัดเจน มีประสิทธิภาพ

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

***8.1หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561ข้อ 6)***

ชื่อหน่วยงาน ......สำนักอนามัย......................................................................................

 8.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข

 8.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร

 8.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ

 8.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ของรัฐ เช่น สำนักงานเขต โรงเรียน สถาบันการศึกษา วัด

 8.1.5 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป

 ชื่อองค์กร..........................................................................................

 กลุ่มคน (ระบุ 5 คน) ชื่อ – นามสกุล ดังนี้

1……………………………………………………………… เลขบัตรประจำตัวประชาชน ………………………………

2……………………………………………………………… เลขบัตรประจำตัวประชาชน ………………………………

3……………………………………………………………… เลขบัตรประจำตัวประชาชน ………………………………

4……………………………………………………………… เลขบัตรประจำตัวประชาชน ………………………………

5……………………………………………………………… เลขบัตรประจำตัวประชาชน ………………………………

**8.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 6)**

 8.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 6(1)]

 8..2..2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 6(2)]

 8.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 6(3)]

 8.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 6(4)]

 ☑ 8.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 6(5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)**

 ☑ 8.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 ☑ 8.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 ☑ 8.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 ☑ 8.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

 ☑ 8.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 ☑ 8.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 ☑ 8.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 ☑ 8.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 8.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 6(4)]

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 8.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 8.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 8.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 8.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 8.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................................

 8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 8.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 8.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 8.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 8.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................................

 8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 8.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 8.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 8.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 8.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 8.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) ......................................................................................................

 8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

 8.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 8.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 8.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 8.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 8.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) ......................................................................................................

 8.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 8.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 8.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 8.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 8.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) ........................................................................................................

 8.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 8.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 8.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 8.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 8.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 8.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) ........................................................................................................

 8.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 8.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 8.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 8.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 8.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................................

 8.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 8.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 8.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 8.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 8.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 8.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 8.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................................

 8.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 6(4)]

 8.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) ...........................................................................................................

ลงชื่อ ............................................................... ผู้เสนอโครงการ

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

 ตำแหน่ง ............................................................

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

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................................
ครั้งที่ / 25 เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵 **งบประมาณที่เสนอ** จำนวน บาท

🖵 **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน บาท

 เพราะ .............................................................................................................................................

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

 🖵 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ ............................................................................................................................................

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

 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ........................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................

 🖵 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

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

 ( )

ตำแหน่ง ................................................................

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

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ......................................................................................................................................

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ...................................................................................................

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง บาท คิดเป็นร้อยละ .................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาท คิดเป็นร้อยละ ..................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มีปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ................................................................................................................

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

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

 แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .........................................................................................................

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

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

ลงชื่อ....................................................................ผู้รายงาน

  ( )

ตำแหน่ง ................................................................

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