

## กิจกรรมรณรงค์ฉีดวัคซีนสุนัขบ้า







แบบรายงานการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

| ลำดับ | จังหวัด | ชื่ออปท.     | รวมจำนวน<br>และสุนัข<br>แมว(ตัว) | ค่าวัคซีน<br>(บาท) | ค่าการ<br>สำรวจ<br>(บาท) | รวมสิ้น<br>(บาท) | แผนการซื้อวัคซีน |                 |                    |                 |                |                 | แผนการฉีดวัคซีน |                 |                |                 |
|-------|---------|--------------|----------------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|------------------|-----------------|--------------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  | จัดซื้อแล้ว      |                 | อยู่ระหว่างจัดซื้อ |                 | ไม่จัดซื้อ     |                 | ฉีดวัคซีนแล้ว   |                 | อยู่ระหว่าง    |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  | อปท.<br>(แห่ง)   | วัคซีน<br>(โดส) | อปท.<br>(แห่ง)     | วัคซีน<br>(โดส) | อปท.<br>(แห่ง) | วัคซีน<br>(โดส) | อปท.<br>(แห่ง)  | วัคซีน<br>(โดส) | อปท.<br>(แห่ง) | วัคซีน<br>(โดส) |
| ๑     | ปัตตานี | บต.ลูโบะยี่ไ | ๑๗๐                              | ๕,๑๐๐              | ๕๑๐                      | ๕,๖๑๐            | ๑                | ๑๗๐             |                    |                 | -              | -               | ๑               | ๑๗๐             | -              | -               |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |
|       |         |              |                                  |                    |                          |                  |                  |                 |                    |                 |                |                 |                 |                 |                |                 |

ลงชื่อ.......... ผู้รายงาน  
 (....นายอิสมาอีลล์....เหตุ.....)  
 ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน