

โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ประจำปีงบประมาณ

ชื่อโครงการ

ดำเนินการตาม

ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์ที่.....

ยุทธศาสตร์สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ยุทธศาสตร์ที่.....

เป้าประสงค์สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เป้าประสงค์ที่.....

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หัวหน้าโครงการ

ผู้ประสานงานโครงการ ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

กลุ่มภารกิจ/ กลุ่มงาน..... โทรศัพท์.....

1. หลักการและเหตุผล

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

2. วัตถุประสงค์

1.
2.
3.

3. กลุ่มเป้าหมาย

1. จำนวน.....คน
2. จำนวน.....คน
3. จำนวน.....คน

8. ผลผลิต/ผลลัพธ์ และเป้าหมาย

ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ (Results)	หน่วยนับ	ค่าเป้าหมาย
1. KPI หลัก (ผลลัพธ์/ Outcomes)		
2. KPI รอง (ผลผลิต/ Outputs)		

9. วิธีการประเมินผล

1.
2.
3.

10. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.
2.
3.

11. การบริหารความเสี่ยง

ความเสี่ยง	แนวทางการป้องกัน/ แก้ไข
1.	-
2.	-
3.	-

12. ผู้รับผิดชอบโครงการ

- | | |
|-----|----------------|
| 1. | ที่ปรึกษา |
| 2. | หัวหน้าโครงการ |
| 3. | คณะกรรมการ |
| 4. | คณะกรรมการ |
| 5. | คณะกรรมการ |
| 6. | คณะกรรมการ |
| 7. | คณะกรรมการ |
| 8. | คณะกรรมการ |
| 9. | คณะกรรมการ |
| 10. | เลขานุการ |

(ระบุชื่อ)

ตำแหน่ง.....

หัวหน้ากลุ่มงาน/ คณะกรรมการ.....

ผู้เสนอโครงการ

(ระบุชื่อ)

ตำแหน่ง.....

หัวหน้ากลุ่มภารกิจ.....

ผู้เห็นชอบโครงการ

(นายศักรินทร์ แก้วเฮ้า)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ปฏิบัติหน้าที่

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้อนุมัติโครงการ

*** แบนกำหนดการ ***