



ที่ นน ๐๐๒๓.๓ /ว ๐๕๑

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  
จังหวัดน่าน  
ถนนน่าน - พะเยา นน ๕๕๐๐๐

๓) กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง สํารวจข้อมูลการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันและโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน

เรียน ท้องถิ่นอำเภอทุกอำเภอ และนายกเทศมนตรีเมืองน่าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจข้อมูลการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันและโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด ได้ขอความร่วมมือแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจข้อมูลการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวัน และโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรให้สถานศึกษา เพื่อให้สถานศึกษาได้รับงบประมาณตรงตามกำหนดเวลา และมีความโปร่งใส รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดน่านพิจารณาแล้ว เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำรวจข้อมูลดังกล่าว ตามแบบสำรวจที่แนบมาพร้อมนี้ และรายงานให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดน่านทราบ ภายในวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ สำหรับอำเภอแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายชัยเดช ฝ่ายนันทชัย)  
ท้องถิ่นจังหวัดน่าน

แบบสำรวจดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันและโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน  
 ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรให้สถานศึกษา

หน่วยงาน .....

จำนวน สถานศึกษา/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัด ..... แห่ง มีปัญหา ..... แห่ง ไม่มีปัญหา ..... แห่ง

| ที่ | สถานศึกษา/ศพด. | ปัญหาที่พบ<br>โครงการอาหาร<br>กลางวัน | ปัญหาที่พบโครงการอาหารเสริม (นม)         |                             |                    |        | การแก้ปัญหา<br>การดำเนินงาน<br>ของหน่วย |
|-----|----------------|---------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------|--------|---|
|     |                |                                       | ส่งนม<br>ไม่ตรงเวลา<br>ที่กำหนด<br>( ✓ ) | ได้รับนม<br>ไม่ครบ<br>( ✓ ) | นมหมดอายุ<br>( ✓ ) | อื่น ๆ |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |
|     |                |                                       |  |                             |                    |        |   |

ลงชื่อ

ผู้รับรองข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง .....

เบอร์โทรศัพท์ .....

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบสำรวจให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ภายในวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑