

(ส.05) เลขที่...../.....จังหวัด.....

ความเห็นของคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

() ประเภท เงินทุนหมุนเวียน (เงินกู้) () ประเภท เงินอุดหนุน (ทุนให้เปล่า)

1. ชื่อโครงการ

2. ชื่อผู้เสนอโครงการหมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

3. ที่อยู่ บ้านเลขที่หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

4. ผ่านความเห็นของ

4.1 คณะทำงานขับเคลื่อนกองทุนพัฒนาบทบาทสตรี () ตำบล.....() เทศบาล.....

(กรณี ประเภทเงินทุนหมุนเวียน (เงินกู้))

() เห็นควรให้การสนับสนุน เนื่องจาก

() ไม่ควรให้การสนับสนุน เนื่องจาก

4.2 คณะอนุกรรมการกลั่นกรองและติดตามการดำเนินงานกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีอำเภอ.....

() ผ่านการพิจารณา เนื่องจาก

4.3 คณะทำงานขับเคลื่อนกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีจังหวัด /กรุงเทพมหานคร

() เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก

() ไม่ควรอนุมัติ เนื่องจาก

5. ความเห็นของคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีระดับจังหวัด /กรุงเทพมหานคร

() อนุมัติ เหตุผล.....

() ไม่อนุมัติ เหตุผล

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ

(.....)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาบทบาทสตรีระดับจังหวัด.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....