

ที่ ศก ๐๗๓๓/ว ๒๔๔



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ
ตำบลสี อำเภอขุนหาญ๓๓๑๑
จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๑๕๐

๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรม และสนับสนุนโครงการ เดิน วิ่ง ปั่น ๗๒ ปี โรงพยาบาลตราด ๒๕๖๘

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

ส่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ ศก ๐๐๓๓.๐๐๗/ว๓๗๓๒

ลงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ ได้รับแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยโรงพยาบาลตราด ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเดิน วิ่ง ปั่น ๗๒ ปี โรงพยาบาลตราด ๒๕๖๘ จากคณะกรรมการควบคุมการเรียไรของหน่วยงานของรัฐ โดยกำหนดจัดกิจกรรมในวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๘ ณ โรงเรียนตราษตระการคุณ จังหวัดตราด มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน และประชาชนผู้มีจิตศรัทธา ในจังหวัดตราด จังหวัดอื่นทั่วประเทศ ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ เพื่อศักยภาพบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลตราด

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จึงขอประชาสัมพันธ์เชิญชวนท่าน และเจ้าหน้าที่ในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรม และสนับสนุนโครงการ เดิน วิ่ง ปั่น ๗๒ ปี โรงพยาบาลตราด ๒๕๖๘ ในวันและสถานที่ดังกล่าว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

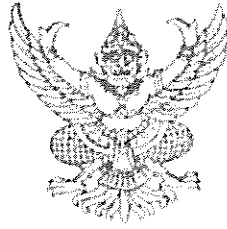
ขอแสดงความนับถือ

(นายสมัย คำเหลือ)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

งานส่งเสริมสุขภาพ

โทรศัพท์ ๐ ๔๕๖๖ ๙๒๓๒



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ
 รับที่ 1646 / 2568
 วันที่ 20 พ.ค. 2568
 เวลา 16.32 น.

ที่ ศก ๐๐๓๓.๐๐๗/๐๗๗๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษ์ ศก ๓๓๐๐๐

๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรม และสนับสนุนโครงการ เดิน วิ่ง ปั่น ๗๒ ปี โรงพยาบาลตราด ๒๕๖๘

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนหาญ
 ทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับการสนับสนุน จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลตราด ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเดิน วิ่ง ปั่น ๗๒ ปี โรงพยาบาลตราด ๒๕๖๘ จากคณะกรรมการควบคุมการเรียของหน่วยงานของรัฐ โดยกำหนดจัดกิจกรรมในวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๘ ณ โรงเรียนตราดตระการคุณ จังหวัดตราด มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน และประชาชนผู้มีจิตศรัทธา ในจังหวัดตราด และจังหวัดอื่นทั่วประเทศ ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ เพื่อพัฒนาศักยภาพการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลตราด

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงขอประชาสัมพันธ์เชิญชวนท่าน และเจ้าหน้าที่ในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรม และสนับสนุนโครงการ เดิน วิ่ง ปั่น ๗๒ ปี โรงพยาบาลตราด ๒๕๖๘ ในวันและสถานที่ดังกล่าว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ
 -เพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

๒๕๖๘/๒๕๖๘/๒๕๖๘
 นางสาวจุฑาภรณ์ งามวิสัย
 ๒๕๖๘/๒๕๖๘/๒๕๖๘
 ๒๕๖๘/๒๕๖๘/๒๕๖๘
 ๒๕๖๘/๒๕๖๘/๒๕๖๘

(นายภาคล จันทพร)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

๒๕๖๘/๒๕๖๘/๒๕๖๘

- ☐ เห็นชอบ/อนุมัติ ☒ ทราบ ☐ ขอ
☐ ลงนาม ☒ แจ้งผู้เกี่ยวข้อง
☐ ให้ดำเนินการตามระเบียบ
☐ ประชาสัมพันธ์/แจ้งเวียน

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

โทร ๐ ๔๕๖๑ ๒๐๔๐-๖ ต่อ ๓๑๑

โทรสาร ๐ ๔๕๖๑ ๒๐๔๒

ผู้ประสานงาน นางสาวดาราวดี สมหนองหาร โทร. ๐๙ ๓๐๖๙ ๙๖๒๙

๒๕๖๘/๒๕๖๘/๒๕๖๘

(นายสมัย คำเหลื่อ)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

นางสาวจุฑาภรณ์ งามวิสัย

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๒๕๖๘/๒๕๖๘/๒๕๖๘

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอบริจาคเงินเพื่อสมทบซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ตามโครงการเดิน วิ่ง ปั่น ครบรอบ 72 ปี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด

ข้าพเจ้า/นิติบุคคล.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

บริจาคเป็นเงินสดจำนวนเงิน.....บาท (.....)

บริจาคเป็นเงินโอน ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขাত্রาด ประเภทออมทรัพย์

ชื่อบัญชี เงินบริจาคของโรงพยาบาลตราด เลขที่บัญชี 625-2-28038-9

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

(พร้อมแนบหลักฐานการโอนเงิน)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

หมายเหตุ ผู้บริจาคได้รับ

- 1.สามารถลดหย่อนภาษีเงินได้ประจำปี 2568 ได้ 2 เท่า
- 2.ขอรับใบเสร็จรับเงิน/ใบอนุโมทนา/หนังสือตอบขอบคุณ
ได้ที่ คุณปัทมา/คุณนริชญา/คุณทีศมัย กลุ่มงานการเงินโรงพยาบาลตราด
โทร.081-9832426,061-7515593 ในเวลาราชการ 08.30-16.30 น.
- 3.บริจาคเงินตั้งแต่ 100,000 บาท ขึ้นไป
ได้รับการขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ชั้นที่ 1-7

โอนสแกน QR CODE

PromptPay e-Donation



โรงพยาบาลตราด

Bank ID 099400026910297