



ด่วนที่สุด

ที่ สข.พง.ว. ๘๔ /๒๕๖๓

เหล่ากาชาดจังหวัดพังงา
Provincial Red Cross Chapter of Phangnga

สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดพังงา
๕๖๒/๒ ถ.เพชรเกษม ต.ท้ายช้าง
อ.เมืองพังงา จ.พังงา ๘๒๐๐๐

๒๗ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รับบริจาคโลหิต เนื่องในวันคล้ายวันพระราชสมภพ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ๒ เมษายน ๒๕๖๓

เรียน หัวหน้าส่วนราชการทุกส่วนราชการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับแสดงความจำนงร่วมบริจาคโลหิต จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยเหล่ากาชาดจังหวัดพังงา สาขาบริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลพังงา กำหนดรับบริจาคโลหิตจากผู้มีจิตศรัทธา เพื่อถวายเป็นพระราชกุศล วันคล้ายวันพระราชสมภพ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ๒ เมษายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ อาคารหอประชุมราชสีห์ ศูนย์ราชการจังหวัดพังงา ตำบลถ้ำน้ำผุด อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา และดำเนินการรับบริจาคโลหิตตลอดทั้งเดือนเมษายน ๒๕๖๓ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. ไม่เว้นวันหยุดราชการ ณ ธนาคารเลือด โรงพยาบาลพังงา อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา

ในการนี้ เหล่ากาชาดจังหวัดพังงา ร่วมกับ โรงพยาบาลพังงา กำหนดแผนรับบริจาคโลหิตเพื่อถวายเป็นพระราชกุศล วันคล้ายวันพระราชสมภพ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ๒ เมษายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ อาคารหอประชุมราชสีห์ ศูนย์ราชการจังหวัดพังงา ตำบลถ้ำน้ำผุด อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา และเพื่อให้การออกหน่วยรับบริจาคโลหิตในครั้งนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ จึงขอความร่วมมือมายังท่านช่วยประชาสัมพันธ์เชิญชวนข้าราชการ ลูกจ้าง และเจ้าหน้าที่ในสังกัด ตลอดจนผู้มีจิตศรัทธาเข้าร่วมบริจาคโลหิตในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว โดยแจ้งรายชื่อผู้ประสงค์เข้าร่วมบริจาคโลหิตให้โรงพยาบาลพังงา (ห้องธนาคารเลือด) ทราบ ทางโทรสาร หมายเลข ๐-๗๖-๔๑๑-๖๑๘ ต่อ ๖๐๐๘

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางวิภาดา ทิพยพงศ์ธาดา)
นายกเหล่ากาชาดจังหวัดพังงา

ฝ่ายเลขานุการ
โทร./โทรสาร ๐-๗๖๔๑-๑๙๓๙
โทร. ๐๖๔-๗๐๙๑๒๕๖

แบบตอบรับแสดงความจำนงเข้าร่วมบริจาคโลหิต

เนื่องใน วันคล้ายวันพระราชสมภพ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา

สยามบรมราชกุมารี ๒ เมษายน ๒๕๖๓

วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๓

ณ อาคารหอประชุมราชสีห์ ศูนย์ราชการจังหวัดพังงา ตำบลถ้ำน้ำผุด อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา

ชื่อหน่วยงาน.....

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์(มือถือ).....

ที่อยู่(ที่ติดต่อได้สะดวก).....

๒. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์(มือถือ).....

ที่อยู่(ที่ติดต่อได้สะดวก).....

๓. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์(มือถือ).....

ที่อยู่(ที่ติดต่อได้สะดวก).....

๔. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์(มือถือ).....

ที่อยู่(ที่ติดต่อได้สะดวก).....

๕. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์(มือถือ).....

ที่อยู่(ที่ติดต่อได้สะดวก).....

๖. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์(มือถือ).....

ที่อยู่(ที่ติดต่อได้สะดวก).....

๗. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์(มือถือ).....

ที่อยู่(ที่ติดต่อได้สะดวก).....

๘. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์(มือถือ).....

ที่อยู่(ที่ติดต่อได้สะดวก).....

หมายเหตุ : ส่งใบตอบรับมาที่ โทร./แฟกซ์ ๐๗๖-๔๑๑-๙๓๙ (ในเวลาราชการ) หรือ โทรแจ้งธนาคารเลือด
โรงพยาบาลพังงา ๐๗๖-๔๑๑-๖๑๖ ต่อ ๖๐๐๘