



กรมประชาสัมพันธ์
รับที่ ๗๓๙๗๘
วันที่ ๕ ธ.ค. ๖๒
เวลา ๑๗.๑๕

ที่ สธ ๐๓๐๑/๒๕๖๓

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญร่วมทำบุญทอดกฐินสามัคคีกรมการแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๒

เรียน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับร่วมทำบุญทอดกฐินสามัคคีกรมการแพทย์

ด้วยกรมการแพทย์กำหนดจัดงานทอดกฐินสามัคคี ประจำปี ๒๕๖๒ ณ วัดบางระกำ ตำบลบางระกำ อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในวันอาทิตย์ที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๒ เพื่อเป็นการจรรโลงพระพุทธศาสนาให้เจริญรุ่งเรือง

ในการนี้ กรมการแพทย์ขอเรียนเชิญท่านและเจ้าหน้าที่ร่วมทำบุญทอดกฐินตามกำลังศรัทธา โดยสามารถร่วมทำบุญผ่านช่องทางดังนี้

๑. เงินสดร่วมทำบุญได้ที่ สำนักงานเลขานุการกรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อาคาร ๓ ชั้น ๒
๒. ธนาคัตติสั่งจ่าย ปณ. กระทรวงสาธารณสุข รหัสไปรษณีย์ ๑๑๐๐๔ ในนาม “เลขานุการกรม”
๓. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์ ชื่อบัญชี

“กฐินกรมการแพทย์” เลขที่บัญชี ๑๔๒-๐-๑๘๘๑๓-๕

ทั้งนี้ โปรดส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินพร้อมแบบตอบรับร่วมทำบุญฯ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๕๓ และ ๐ ๒๕๖๕ ๘๘๕๗ e-mail : gmdms@dms.mail.go.th

จึงเรียนมาเพื่อขอเชิญร่วมทำบุญ และขออนุโมทนาในกุศลเจตนา มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมศักดิ์ อรรษศิลป์)

อธิบดีกรมการแพทย์

ที่ นร๐๒๐๑.๐๑/ว ๖ ๕๕๕

เรียน ผอ.สำนัก, ผอ.กกก และหัวหน้าหน่วยงาน
เพื่อโปรดทราบ

(นายศิริวัฒน์ อันพร้อม)

เลขานุการกรม

๕ ก.ย. ๖๒๖

สำนักงานเลขานุการกรม

โทร ๐ ๒๕๕๐ ๖๐๗๘

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๕๓

แบบตอบรับร่วมทำบุญทอดกฐินสามัคคีกรมการแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
หน่วยงาน.....
เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

มีความประสงค์ร่วมทำบุญทอดกฐินสามัคคีกรมการแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๒ ณ วัดบางระกำ ตำบลบางระกำ อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในวันอาทิตย์ที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๒ จำนวน.....บาท โดยจ่ายเป็น

- ☐ เงินสดร่วมทำบุญที่ สำนักงานเลขานุการกรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อาคาร ๓ ชั้น ๒
☐ ธนาณัติสั่งจ่าย บณ. กระทรวงสาธารณสุข รหัสไปรษณีย์ ๑๑๐๐๔ ในนาม “เลขานุการกรม”
☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์

ชื่อบัญชี “กฐินกรมการแพทย์” เลขที่บัญชี ๑๔๒-๐-๑๘๘๑๓-๕ เลขที่ CR.....

- ☐ ประสงค์ให้ออกใบอนุโมทนาบัตรในนาม.....
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/เลขประจำตัวประชาชน.....
☐ ไม่ประสงค์ให้ออกใบอนุโมทนาบัตร

ลงชื่อ.....ผู้นำส่ง
วันที่.....
โทรศัพท์.....

หมายเหตุ

โปรดส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินพร้อมแบบตอบรับร่วมทำบุญฯ ไปยังฝ่ายบริหารทั่วไป สำนักงานเลขานุการกรม
ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๕๓ และ ๐ ๒๙๖๕ ๙๘๕๗
e-mail : gmdms@dms.mail.go.th

ใบฎีกาและแผนที่

