



กรมประชาสัมพันธ์
รับที่ 62118
วันที่ 13 ก.ค. 63
เวลา 10.57

ที่ สธ ๐๓๐๑/๑๘๖๖

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญร่วมทำบุญทอดกฐินสามัคคีกรมการแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓

เรียน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับร่วมทำบุญทอดกฐินสามัคคีกรมการแพทย์

ด้วยกรมการแพทย์กำหนดจัดงานทอดกฐินสามัคคี ประจำปี ๒๕๖๓ ณ วัดศรีสว่างนาราม บ้านฟ้าห่วน ตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ในวันเสาร์ที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๓ เพื่อเป็นการจรรโลงพระพุทธศาสนาให้เจริญรุ่งเรือง

กรมการแพทย์ขอเรียนเชิญท่านและเจ้าหน้าที่ร่วมทำบุญทอดกฐินตามกำลังศรัทธา โดยสามารถร่วมทำบุญผ่านช่องทางดังนี้

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

“กฐินกรมการแพทย์” เลขที่บัญชี ๑๔๒-๐-๑๘๘๑๓-๕

ทั้งนี้ โปรดส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินพร้อมแบบตอบรับร่วมทำบุญ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๕๓ หรือ ๐ ๒๕๖๕ ๙๘๕๗ e-mail : gmdms@dms.mail.go.th

จึงเรียนมาเพื่อขอเชิญร่วมทำบุญ และขออนุโมทนาในกุศลเจตนา มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมศักดิ์ อรรถศิลป์)
อธิบดีกรมการแพทย์

ที่ นว๐๒๐๑.๐๑/๗๓๗
เรียน ผอ.สำนัก.มอ.กกง และหัวหน้าหน่วยงาน
เพื่อโปรดทราบ

สำนักงานเลขานุการกรม

โทร ๐ ๒๕๙๐ ๖๐๗๘

โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๕๓

(นายศิริวัฒน์ อันพร้อม)

เลขานุการกรม

๗ ก.ค. ๖๓

แบบตอบรับร่วมทำบุญทอดกฐินสามัคคีกรมการแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓

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

มีความประสงค์ร่วมทำบุญทอดกฐินสามัคคีกรมการแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓ ณ วัดศรีสว่างนาราม บ้านฟ้าทวน ตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ในวันเสาร์ที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๓ จำนวน.....บาท (.....) โดยจ่ายเป็น

- เงินสดร่วมทำบุญที่ สำนักงานเลขานุการกรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อาคาร ๓ ชั้น ๒
- ธนาณัติสั่งจ่าย ปณ. กระทรวงสาธารณสุข รหัสไปรษณีย์ ๑๑๐๐๔ ในนาม “เลขานุการกรม”
- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์
ชื่อบัญชี “กฐินกรมการแพทย์” เลขที่บัญชี ๑๔๒-๐-๑๘๘๑๓-๕
เลขที่ CR.....
- ประสงค์ให้ออกใบอนุโมทนาบัตรในนาม.....
- ไม่ประสงค์ให้ออกใบอนุโมทนาบัตร

ลงชื่อ ผู้นำส่ง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
โทรศัพท์.....

หมายเหตุ : โปรดส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินพร้อมแบบตอบรับร่วมทำบุญ ไปยังกลุ่มงานบริหารทั่วไป
สำนักงานเลขานุการกรม ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๕๓ หรือ ๐ ๒๕๖๕ ๘๘๕๗
e-mail : gmdms@dms.mail.go.th