



| | |
|------------------|--------------|
| มหาวิทยาลัยบูรพา | |
| รับที่..... | 05222 |
| วันที่..... | 17 ส.ค. 2563 |
| เวลา..... | 11.32 น. |

ที่ สธ ๐๓๐๑/๑๘๖๖

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญร่วมทำบุญทอดกฐินสามัคคีกรมการแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

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

ดำเนินการตามเสนอ

๑๙ ส.ค. ๒๕๖๓

สำนักงานเลขานุการกรม

โทร ๐ ๒๕๙๐ ๖๐๗๘

โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๕๓

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม

ด้วย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ขอเชิญร่วมทำบุญทอดกฐินสามัคคีกรมการแพทย์ ประจำปี ๒๕๖๓ ณ วัดศรีสว่างนาราม บ้านฟ้าห่วน ตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๓ จึงเรียนมาเพื่อ

๑. เพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรเผยแพร่ให้ทราบทั่วกันและสามารถดาวน์โหลดหนังสือได้ที่

<https://docshare.buu.ac.th>

๑๗ ส.ค. ๒๕๖๓ / ๑๐:๓๖ น.

๑๗ ส.ค. ๒๕๖๓ / ๑๑:๕๖ น.

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
บ้านฟ้าห่วน ตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ในวันเสาร์ที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๓
จำนวน.....บาท โดยจ่ายเป็น

- เงินสดร่วมทำบุญที่ สำนักงานเลขานุการกรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อาคาร ๓ ชั้น ๒
- ธนาคัติสั่งจ่าย ปณ. กระทรวงสาธารณสุข รหัสไปรษณีย์ ๑๐๐๐๔ ในนาม “เลขานุการกรม”
- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์

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

- ประสงค์ให้ออกใบอนุโมทนาบัตรในนาม.....
- ไม่ประสงค์ให้ออกใบอนุโมทนาบัตร

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

หมายเหตุ

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