



ที่ อว ๐๓๐๑/ว ๑๒๘๑๘

กรมวิทยาศาสตร์บริการ
ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญชวนร่วมบริจาคเงินสนับสนุนผู้ป่วยยากไร้ให้โรงพยาบาลขนาดเล็กในจังหวัดสุรินทร์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยแสงซินโครตรอน

อ้างถึง ๑. หนังสือสำนักนายกรัฐมนตรีที่ นร ๐๑๐๙/ว ๖๖ ลงวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๕
๒. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
ที่ อว ๐๒๐๐.๖/ว ๑๕๑๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบพิมพ์การส่งเงิน จำนวน ๑ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักนายกรัฐมนตรี และหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สป.อว.) เชิญชวนให้ทุกหน่วยงานเสนอโครงการเพื่อเข้าร่วมเป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๙๐ พรรษา ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๕ ในปี ๒๕๖๕

บัดนี้ กรมวิทยาศาสตร์บริการ (วศ.) ได้รับอนุมัติให้ดำเนินจัดทำโครงการเฉลิมพระเกียรติที่น้อมนำพระบรมราโชวาทที่ต้องการให้ประชาชนมีคุณภาพความเป็นอยู่ที่ดี โดยแบ่งการทำงานเป็น ๒ ระยะ ระยะที่ ๑ (ก.พ. – มี.ค.๖๕) ดำเนินการเป็นที่เรียบร้อย สำหรับระยะที่ ๒ (เม.ย. – ส.ค. ๖๕) สารหลักคือการทำหน้าที่เสมือน “สะพานบุญ” ให้บุคลากรของหน่วยงาน และเครือข่ายพันธมิตรของ วศ.อว.ได้มีส่วนร่วมในการส่งกำลังใจ แสดงความห่วงใยมอบแต่บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยยากไร้ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีพื้นที่ติดชายแดนประเทศกัมพูชา ด้วยการร่วมบริจาคเงินผ่านบัญชีโรงพยาบาล จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่

๑.โรงพยาบาลรัตนบุรี

๒.โรงพยาบาลท่าตูม

๓.โรงพยาบาลกาบเชิง

๔.โรงพยาบาลบัวเชด

รายละเอียดตามสิ่งที่แนบ ทั้งนี้ โปรดส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินภายในวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๕ ได้ที่นางรุ่งนภา มณีนิล (นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ) ผ่านทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ rungnapa@dss.go.th หรือ โทรสารหมายเลข ๐ ๒๒๐๑ ๗๓๓๘ เพื่อจะได้รวบรวมส่งข้อมูลขอเบิกใบเสร็จรับเงินต่อไป

/จึงเรียน..

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

หนังสือนี้ใช้ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ซึ่งมีผลบังคับใช้ได้

ขอแสดงความนับถือ



(นายปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ)
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์บริการ

สำนักงานเลขานุการกรม

โทร. ๐ ๒๒๐๑ ๗๐๘๒

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๑ ๗๓๓๘

อีเมล : rungnapa@dss.go.th

แบบพิมพ์การส่งเงิน

ร่วมบริจาคเงินสนับสนุนผู้ป่วยยากไร้ให้โรงพยาบาลขนาดเล็กในจังหวัดสุรินทร์

ชื่อหน่วยงาน.....
ชื่อ - สกุล.....
ตำแหน่ง.....
หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์ร่วมบริจาคเงินให้กับ

- ☐ โรงพยาบาลรัตนบุรี โดยโอนเงินผ่านบัญชีธนาคารออมสิน ชื่อบัญชี “เงินบริจาคโรงพยาบาลรัตนบุรี” เลขบัญชี ๐๒๐-๒-๔๙๒๗๕-๒๖๒ จำนวน..... บาท (.....)
- ☐ โรงพยาบาลท่าตูม โดยโอนเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “บัญชีเงินบริจาคของโรงพยาบาลท่าตูม” เลขบัญชี ๓๒๐-๐-๖๐๑๓๘-๘ จำนวน..... บาท (.....)
- ☐ โรงพยาบาลกาบเชิง โดยโอนเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี “เงินบริจาคโรงพยาบาลกาบเชิง” เลขบัญชี ๕๕๕-๐-๔๖๒๗๗-๔ จำนวน..... บาท (.....)
- ☐ โรงพยาบาลบัวเชด โดยโอนเงินผ่านบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร(ธ.ก.ส) ชื่อบัญชี “เงินรับบริจาค รพ.บัวเชด” เลขบัญชี ๐๒๐-๑-๖๖๕๐๔-๒๙๙ จำนวน..... บาท (.....)

กรุณารอกข้อมูลการขอออกใบเสร็จรับเงินและจัดส่งตามชื่อและสถานที่ที่ระบุ ดังนี้

ใบเสร็จรับเงินในนาม.....
จัดส่งถึง (ชื่อผู้รับ)..... โทรศัพท์หมายเลข.....
เลขที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง.....
เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

*** หมายเหตุ ในการเลือกบริจาคตามกรณีใดกรณีหนึ่ง โปรดส่งหลักฐานการโอนเงิน และแบบพิมพ์การส่งเงินร่วมบริจาคเงินสนับสนุนผู้ป่วยยากไร้ให้โรงพยาบาลขนาดเล็กในจังหวัดสุรินทร์ มาที่ E-mail address: rungnapa@dss.go.th หรือ โทรสารหมายเลข ๐ ๒๒๐๑ ๗๓๓๘ เพื่อจะได้รวบรวมส่งข้อมูลขอออกใบเสร็จรับเงินต่อไป

หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

นางรุ่งนภา มณีนิล (นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ) โทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๑ ๗๐๙๒