



สำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์นครสวรรค์  
 รับที่..... ๐๓๖๑  
 วันที่..... ๑๙ ก.ค. ๒๕๖๐  
 เวลา.....

ที่ นว ๐๐๑๘.๑/ว ๑๙๑๓๓

ศาลากลางจังหวัดนครสวรรค์  
 ถนนสวรรค์วิถี นว ๖๐๐๐๐

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง การจัดกิจกรรมการรับบริจาคโลหิตเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร  
 เนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษา ๖๕ พรรษา

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบแจ้งรายชื่อผู้บริจาคโลหิต อวัยวะและดวงตา จำนวน ๑ ชุด

ด้วยจังหวัดนครสวรรค์ร่วมกับเหล่ากาชาดจังหวัดนครสวรรค์ ได้กำหนดจัดกิจกรรม  
 การรับบริจาคโลหิตเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร เนื่องใน  
 วันเฉลิมพระชนมพรรษา ๖๕ พรรษา โดยจัดกิจกรรมบริจาคโลหิต อวัยวะและดวงตา ในวันพุธที่ ๒๖ กรกฎาคม  
 ๒๕๖๐ ระหว่างเวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ นาฬิกา ณ สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดนครสวรรค์

เพื่อเป็นการร่วมทำความดี ถวายแด่สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร  
 เนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษา ๖๕ พรรษา จังหวัดนครสวรรค์ จึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์เชิญชวน  
 บุคลากรในหน่วยงานของท่าน ร่วมบริจาคโลหิต อวัยวะและดวงตาในวันดังกล่าวโดยพร้อมเพรียงกัน ทั้งนี้ ขอให้  
 แจ้งรายชื่อผู้ร่วมบริจาคโลหิต อวัยวะและดวงตา ให้ฝ่ายเลขานุการเหล่ากาชาดจังหวัดนครสวรรค์ ทางโทรสาร  
 หมายเลข ๐-๕๖๘๐-๓๖๑๔-๕ ต่อ ๒๖ (อัตโนมัติ) ภายในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เพื่อเตรียมการในส่วน  
 ที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนาคม จงจิระ)

ผู้ว่าราชการจังหวัดนครสวรรค์

เรียน หัวหน้าสำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์นครสวรรค์  
 เพื่อโปรดทราบ

๑๙ ก.ค. ๒๕๖๐

นสว - นางบุญเรือนศักดิ์ใจ  
 - ๒๓๕๖๑๔-๕

ที่ทำการปกครองจังหวัด  
 กลุ่มงานปกครอง  
 โทร./โทรสาร ๐-๕๖๘๐-๓๖๑๔-๕

(นายสมศักดิ์ ตาทิพย์)

หัวหน้าสำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์นครสวรรค์

๑๙ ก.ค. ๒๕๖๐

แบบแจ้งรายชื่อผู้บริจาคโลหิต อวัยวะและดวงตา  
 เณลินพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร  
 เนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษา ๖๕ พรรษา

ส่วนราชการ/หน่วยงาน .....

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ร่วมบริจาค			หมายเหตุ
		โลหิต (ครั้งที่ ...)	อวัยวะ	ดวงตา	

ผู้ประสานงาน ชื่อ - สกุล ..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือ .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้แจ้งข้อมูล  
 (.....)  
 ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบแจ้งรายชื่อ ฯ ให้ฝ่ายเลขานุการเหล่ากาชาดจังหวัดนครสวรรค์ ทางโทรสารหมายเลข ๐-๕๖๘๐-๓๖๑๔-๕ ต่อ ๒๖ (อัตโนมัติ) ภายในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๐