



ที่ ลข.พท. ว ๓๓๑/๒๕๖๔

เหล่ากาชาดจังหวัดพัทลุง
Phatthalung Province Red Cross Chapter

สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดพัทลุง
๔๑๙/๑ ถนนราเมศวร์ พท ๙๓๐๐๐

๑๘

พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญชวนบุคลากรในหน่วยงานบริจาคโลหิต เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชบรมนาถบพิตร ในวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ ทุกส่วนราชการ หัวหน้าหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ทุกหน่วย นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดพัทลุง นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายกเทศมนตรีเมืองพัทลุง นายกเทศมนตรีตำบล ทุกแห่ง และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย เหล่ากาชาดจังหวัดพัทลุง เชิญชวนบุคลากรในหน่วยงานบริจาคโลหิต เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ในวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๖๔ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปได้มีโอกาสร่วมสร้างบุญด้วยการบริจาคโลหิต

เหล่ากาชาดจังหวัดพัทลุง จึงขอเชิญหน่วยงานของท่านเข้าร่วมบริจาคโลหิต สำหรับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุณาประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบด้วย สามารถบริจาคโลหิตได้ตั้งแต่วันที่ ๕ - ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. ณ ธนาคารเลือดโรงพยาบาลพัทลุง อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ชั้น ๒ ทั้งนี้ แจ้งรายชื่อให้เหล่ากาชาดจังหวัดพัทลุงทราบ ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ อนึ่ง ในการบริจาคโลหิต ดวงตา และอวัยวะ ครั้นนี้เหล่ากาชาดจังหวัดพัทลุง ได้จัดเตรียมของระลึกไว้สำหรับผู้บริจาคด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางมะลิ วงศ์กระพันธุ์)

นายกเหล่ากาชาดจังหวัดพัทลุง
กรรมการสภากาชาด ผู้แทนภาค ๑๒

เหล่ากาชาดจังหวัดพัทลุง
โทร.,โทรสาร ๐-๗๕๖๑-๑๖๗๘
E mail : phatthalung_rd@hotmail.com

แบบตอบรับ
กิจกรรมรับบริจาคโลหิต ดวงตา และอวัยวะ

ชื่อหน่วยงาน

.....

- ☐ ไม่ประสงค์
- ☐ มีความประสงค์ ร่วมบริจาคโลหิตฯ จำนวน.....คน

ที่	ชื่อ - สกุล	หมายเหตุ
๑		
๒		
๓		
๔		
๕		
๖		
๗		
๘		
๙		
๑๐		
๑๑		
๑๒		
๑๓		
๑๔		
๑๕		

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....