**แบบตอบรับ**

ขอเชิญร่วมทำบุญเนื่องในวันสถาปนา ครบรอบ 40 ปี โรงพยาบาลพล

ในวันอังคารที่ 23 สิงหาคม 2565 เวลา 08.00 – 12.00 น.

ณ ห้องประชุมพลพลานุสรณ์ อาคารอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ชั้นสอง โรงพยาบาลพล

###### \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

1. ชื่อส่วนราชการ /หน่วยงาน ……………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ........................................................................................................................................................

( ) มีความประสงค์เข้าร่วมทำบุญเนื่องในวันสถาปนา ครบรอบ 40 ปี โรงพยาบาลพล

( ) ไม่เข้าร่วมทำบุญเนื่องในวันสถาปนา ครบรอบ 40 ปี โรงพยาบาลพล เนื่องจาก

 ..............................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................

 ................................................................................................................................................

1. มอบหมายผู้แทนเข้าร่วมทำบุญเนื่องในวันสถาปนา ครบรอบ 40 ปี โรงพยาบาลพล

 ข้าพเจ้า หรือ ผู้แทน ชื่อ .................................................. นามสกุล ..........................................

 ลงชื่อ ..................................................................

 ( .............................................................)

 โทรศัพท์ ..........................................................

**หมายเหตุ :** กรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมทำบุญเนื่องในวันสถาปนา ครบรอบ 40 ปี โรงพยาบาลพล กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น 40120 โทร. ๐ ๔๓๔๑ ๔๗๑๐ – ๑๒ ต่อ ๑๒๒

โทรสาร ๐ ๔๓๔๑ ๕๘๓๐

**ผู้ประสานงาน** นางเยาวรัฐส์ วิไชยมงคล 08 2428 9619 นางนันทรัตน์ ไทยธานี 08 4953 6655

ภายในวันที่ 19 สิงหาคม 2565

**“สามัคคี มีวินัย ใส่ใจบริการ น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”**