



คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
เลขที่รับ ๑๒๔	วันที่รับ ๑๐ ต.ค. ๖๕
เวลา 10.20 น.	26 ส.ค. 2565

ที่ อว ๐๓๐๑/ว ๑๒๘๑๘

กรมวิทยาศาสตร์บริการ  
ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญชวนร่วมบริจาคเงินสนับสนุนผู้ป่วยยากไร้ให้โรงพยาบาลขนาดเล็กในจังหวัดสุรินทร์

เรียน อธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

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 แสดงความห่วงใยมอบแด่บุคลากรทางการแพทย์ 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](mailto:rungnapa@dss.go.th) หรือ โทรสารหมายเลข ๐ ๒๒๐๑ ๗๓๓๘ เพื่อจะได้รวบรวมส่งข้อมูลขอออกไปเสิร์ฟรับเงินต่อไป

/จึงเรียน..

## 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 ๕๔๕-๐-๔๖๒๗๗-๔ จำนวน..... บาท (.....)

โรงพยาบาลบัวเขต โดยโอนเงินผ่านบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร(ธ.ก.ส) ชื่อบัญชี “เงินรับบริจาค รพ.บัวเขต” 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 เพื่อจะได้รวบรวมส่งข้อมูลออกใบเสร็จรับเงินต่อไป

หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

นางรุ่งนภา มณีนิล (นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ) โทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๑ ๗๐๙๒