



ที่ ศก ๒๐๓๒/ว ๗๖

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์  
ถนนเฉลิมพระเกียรติ ร๙ ต.พยุห์  
ศก. ๓๓๒๓๐

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การรับบริจาคโลหิต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับ และรายชื่อผู้ร่วมบริจาคโลหิต

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยเหล่ากาชาดจังหวัดศรีสะเกษ ได้กำหนดออกมารับบริจาคโลหิตอำเภอพยุห์ วันอังคารที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ หอประชุมอำเภอพยุห์

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์ จึงขอความร่วมมือจากท่านได้ประชาสัมพันธ์เชิญชวน บุคลากรในหน่วยงานของท่าน อสม. นักเรียน ผู้มีจิตศรัทธาไปร่วมบริจาคโลหิต โดยส่งรายชื่อผู้ประสงค์จะ บริจาคโลหิตมาที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์ ภายในวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เพื่อนำส่งอำเภอพยุห์ และขอความร่วมมือให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมกิจกรรมรับบริจาคโลหิตอย่างน้อยหน่วยงานละ ๒ คน และนำเครื่องวัดความดันโลหิตมาเพื่อให้บริการในกิจกรรมการรับบริจาคโลหิตในวัน เวลา และสถานที่ ดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

๗๗๗

(นายฤทธิรงค์ โนนใหญ่)  
สาธารณสุขอำเภอพยุห์

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โทร. ๐ ๔๕๘๑ ๓๕๙๘

โทรสาร ๐ ๔๕๘๑ ๓๕๙๘

รายชื่อผู้ร่วมบริจาคโลหิต

ชื่อหน่วยงาน.....

| ที่ | ชื่อ-สกุล | อายุ | หมายเหตุ |
|-----|-----------|------|----------|
| ๑.  |           |      |          |
| ๒.  |           |      |          |
| ๓.  |           |      |          |
| ๔.  |           |      |          |
| ๕.  |           |      |          |
| ๖.  |           |      |          |
| ๗.  |           |      |          |
| ๘.  |           |      |          |
| ๙.  |           |      |          |
| ๑๐. |           |      |          |