

สำนักบริหารจัดการน้ำและอุทกวิทยา  
ฝ่ายบริหารทั่วไป งานธุรการ  
ที่ สบอ. 1044  
วันที่ 14 ก.พ. 60 (15.49)  
พ.จ. 311/60

ต้นฉบับ

ด่วนที่สุด

เลขที่เอกสารในระบบ E ครร.6931/229

ฝ่ายบริหารทั่วไป (สกก. รับเอกสารจากภายนอก) วันที่ ขป 2443

วันที่ 14 ก.พ. 2560

เรื่อง การตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560

เรียน ผู้อำนวยการสำนัก/กอง(เฉพาะหน่วยงานในกรมสามเสน)	วันที่กำหนด
<input checked="" type="checkbox"/> เพื่อโปรดพิจารณา <input type="checkbox"/> เพื่อโปรดดำเนินการ <input type="checkbox"/> เพื่อโปรดทราบ	ตั้งแต่วันที่
ทั้งนี้ ให้แต่ละสำนัก/กอง รวบรวมรายชื่อส่งงานผู้ป่วยนอก (สามเสน) และประสานโดยตรง	14 ก.พ.60 ถึง
กับคุณกฤษยา (พยาบาล) โทร.02 2433352 หรือภายใน 2277 โดยตรงต่อไป	15 มี.ค.60
	หมายเหตุ

โสธยา

๐/1.5

(นางสาวอรุณี พงษ์พรประเสริฐ)

ผบ.ท.ลค. ปฏิบัติราชการแทน ลค.ค.

๑๕ ก.พ. ๒๕๖๐

เรียน ผอ.สำนัก และ ผบ.ท.นอ.

เพื่อทราบและประสานงานให้ทราบทั่วกัน

หากมีผู้ประสงค์ ตรวจสอบสุขภาพดังกล่าว กรุณาส่ง: สำเนาใน

แบบแสดงอาการจำนวน ๑ ชุด ส่งฝ่ายบริหารทั่วไป ภายใน

วันที่ ๒๕ ก.พ.๖๐

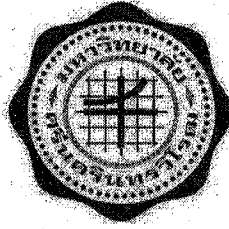
*(Signature)*

(นายเลิศชัย ศรีอนันต์)

ผส.บอ. 115 ก.พ. 2560

*(Handwritten marks)*

กรมชลประทาน  
เลขที่รับ.....ที่ ๒๔๔๘/๖๐  
วันที่.....  
เวลา.....



ที่ ศธ ๖๙๓๑/๒๒๕

โรงพยาบาลชลประทาน  
๒๒๒ ถนนติวานนท์ อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๓ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐

เรียน อธิบดีกรมชลประทาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบแสดงความจำนงขอตรวจสอบสุขภาพประจำปี

ตามที่โรงพยาบาลชลประทาน ได้จัดบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีแก่ข้าราชการ และ ลูกจ้างประจำของกรมชลประทาน (สามเสน) เป็นประจำทุกปี รายละเอียดทราบแล้วนั้น

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โรงพยาบาลชลประทาน ได้จัดบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีแก่ ข้าราชการและลูกจ้างประจำของกรมชลประทาน (สามเสน) ขึ้น เพื่อให้การดำเนินงานมีความคล่องตัวและ ผู้รับบริการได้รับความสะดวก โรงพยาบาลชลประทานจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์บุคลากรที่มีสิทธิ์เบิกจ่ายจาก ส่วนกลางได้ตรวจสอบสิทธิ์ของผู้มีความประสงค์จะตรวจสอบสุขภาพประจำปี และกรอกรายละเอียดในแบบแสดง ความจำนงขอตรวจสอบสุขภาพประจำปี และรวบรวมส่งหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยนอก สามเสน โรงพยาบาล ชลประทาน เพื่อรับบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลประทาน

กรุณากรอกรายชื่อด้วยตัวพิมพ์ลงในแบบฟอร์มแสดงความจำนงขอตรวจสอบสุขภาพประจำปี

ตั้งแต่วันที่ 14 ก.พ. 2560- 15 มี.ค. 2560. ติดต่อส่งรายชื่อที่คุณกฤษฎา (พยาบาล)

หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยนอก สามเสน

โรงพยาบาลชลประทาน

โทร. ๐ ๒๒๔๓๓๓๕๒ , ๒๒๗๗

