

ที่ ว ๑๒ / ๒๕๖๓



กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. คลองเมือง
อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๒๓๐

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เรียน คณะกรรมการและที่ปรึกษากองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบตอบรับเข้าร่วมการประชุม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง จะดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง ครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ในวันที่ ๓๐ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง จึงขอเชิญท่านเข้าร่วมประชุม ตามวันและเวลาดังกล่าว พร้อมทั้งส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมมายังกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง ภายในวันที่ ๒๗ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๓ และขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เว้นระยะห่างทางสังคม ๑-๒ เมตร และวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าห้องประชุมทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและเข้าร่วมการประชุมตามวันเวลาดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญทัน พลานชัย)

ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารตำบลคลองเมือง

โทรศัพท์ ๐๔๔-๗๕๖๑๘๖

ผู้ประสานงาน นางวนิดา อินทร์วิเศษ ๐๘ ๕๔๙๑ ๙๖๐๓

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการและที่ปรึกษา
กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง
ครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
วันที่ ๓๐ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.
ณ ห้องประชุม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง จะดำเนินการจัดประชุม
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ในวันที่ ๓๐ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๓
เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุม องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....พิจารณาแล้ว

ประสงค์เข้าร่วมประชุม

ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ จึงมอบหมายให้บุคคลต่อไปนี้เข้าร่วมประชุมแทน

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

ไม่ประสงค์เข้าร่วมประชุม เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับมายังกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเมือง
ภายในวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓