



ที่ ลพ ๐๐๓๓.๒/

โรงพยาบาลลำพูน
๑๗๗ ถนนจามเทวี
อ.เมือง ลำพูน ๕๑๐๐๐

กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

คำชี้แจง กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

อ้างถึง (ถ้ามี) กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

สิ่งที่ส่งมาด้วย (ถ้ามี) กกกกกกกกกกกก (ถ้ามีเรื่องเดียวไม่ต้องใส่ลำดับเลข/ถ้ามีหลายเรื่องให้ใส่ลำดับเลข)

ภาคเหตุ กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก
กก
กก
กก
กก
กก
กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

ภาคความประสงค์ กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก
กก
กก
กก
กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

ภาคสรุป จึ่งเรียนมาเพื่อโปรดทราบ/พิจารณา/อนุมัติ/ดำเนินการ (เลือกใช้แล้วแต่กรณี)

ขอแสดงความนับถือ

(.....พิมพ์ชื่อเต็ม.....)
ตำแหน่ง

กลุ่มภารกิจ.....

กลุ่มงาน.....

โทร. ๐ ๕๓๕๖ ๙๑๐๐ ต่อ

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban-lpnh@moph.go.th