

ตัวอย่างสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ



ที่/.....

ชื่อหน่วยงาน
ที่อยู่หน่วยงาน

วันที่

เรื่อง ขอสมัครเข้าร่วมโครงการงานตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครฯ

ด้วยโรงพยาบาล.....สังกัด.....จังหวัด.....

มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการงานตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ ศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อขอสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง, การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและการรายงานผลการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดผ่านระบบออนไลน์ NNSPLimsPlus (พร้อม Username และ Password) ทั้งนี้ได้จัดส่งเอกสารประกอบการสมัครมาพร้อมเอกสารฉบับนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

หน่วยงาน

โทร.

โทรสาร

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

ตัวอย่างสำหรับสถานพยาบาลเอกชน

(โลโก้หรือสัญลักษณ์)

ชื่อสถานพยาบาล
ที่อยู่สถานพยาบาล

วันที่

เรื่อง ขอสมัครเข้าร่วมโครงการงานตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ
เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสมัคร ฯ
2. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗)

ด้วย.....(ระบุชื่อสถานพยาบาล).....จังหวัด.....

ได้เปิดให้บริการประชาชน มีความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการงานตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด
แห่งชาติกับศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อขอ
สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง , การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและการรายงานผลการตรวจคัดกรอง
สุขภาพทารกแรกเกิดผ่านระบบออนไลน์ NNSPLimsPlus (พร้อม Username และ Password) ทั้งนี้ได้จัดส่ง
เอกสารประกอบการสมัครมาพร้อมเอกสารฉบับนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง