ที่ สบ………………/  โรงพยาบาลมวกเหล็ก

 ๔๑๙ ม.๙ ต.มิตรภาพ อ.มวกเหล็ก

 จ.สระบุรี ๑๘๑๘๐

 ..............................

เรื่อง ขอขยายระยะเวลาดำเนินโครงการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

อ้างถึง หนังสือที่…….. ลงวันที่.......(วันที่ส่งขออนุมัติ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาโครงการ................................................................. จำนวน ๑ ชุด

 ตามหนังสือที่อ้างถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีได้อนุมัติให้โรงพยาบาลมวกเหล็กดำเนินโครงการ………………………………….. โดยมีระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือน.............................. ซึ่งทางโรงพยาบาลมวกเหล็กยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ สาเหตุเกิดจาก................................................. ดังนั้นโรงพยาบาลมวกเหล็กจึงมีความประสงค์ขอขยายระยะเวลาดำเนินการโครงการดังกล่าว จากเดือน................................ ไปจนถึงวันที่..............

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

#  ขอแสดงความนับถือ

 (นางศิรดา ภูริวัฒนพงศ์)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก

กลุ่มงาน..........................................

โทร.๐-๓๖๓๔-๒๐๖๑ ต่อ.............., โทรสาร ๐-๓๖๓๔-๒๐๖๑ ต่อ ๓๔๐

ผู้ประสานงาน : ..............................................

**สำเนาคู่ฉบับ**

ที่ สบ................./ โรงพยาบาลมวกเหล็ก

 ๔๑๙ ม.๙ ต.มิตรภาพ อ.มวกเหล็ก

 จ.สระบุรี ๑๘๑๘๐

 .......................................................

เรื่อง ขอขยายระยะเวลาดำเนินโครงการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

อ้างถึง หนังสือที่…….. ลงวันที่.......(วันที่ส่งขออนุมัติ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาโครงการ................................................................. จำนวน ๑ ชุด

 ตามหนังสือที่อ้างถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีได้อนุมัติให้โรงพยาบาลมวกเหล็กดำเนินโครงการ………………………………….. โดยมีระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือน.............................. ซึ่งทางโรงพยาบาลมวกเหล็กยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ สาเหตุเกิดจาก................................................. ดังนั้นโรงพยาบาลมวกเหล็กจึงมีความประสงค์ขอขยายระยะเวลาดำเนินการโครงการดังกล่าว จากเดือน................................ ไปจนถึงวันที่..............

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

#  ขอแสดงความนับถือ

 (นางศิรดา ภูริวัฒนพงศ์)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก

กลุ่มงาน..........................................

โทร.๐-๓๖๓๔-๒๐๖๑ ต่อ.............., โทรสาร ๐-๓๖๓๔-๒๐๖๑ ต่อ ๓๔๐

ผู้ประสานงาน : ..............................................