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 : ..............................................