



FM2

โครงการขอเช่าเตียง

ระหว่าง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ + โรงพยาบาล + องค์การเภสัชกรรม

ชื่อโรงพยาบาล.....

โทร.....

จังหวัด.....

โทรสาร.....

เรียน ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม

ตามหนังสือให้เข้าร่วมโครงการ “ขอเช่าเตียง” ทางโรงพยาบาล ขอแจ้งว่า

ยินดีเข้าร่วมโครงการ

ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

.....

ชื่อตัวบรรจุ (.....)

ตำแหน่ง

ชื่อเจ้าหน้าที่/ผู้ประสานงาน(โรงพยาบาล)

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

กรุณา Fax กลับที่องค์การเภสัชกรรม โทรสาร 02-203-8909 , 02-354-8854

หรือมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ คุณอำพล กายบริบูรณ์ 02-203-8914, 084-700-3924

คุณกัญญา วงษ์สุวรรณ 02-203- 8909, 081-296-9357