

! ข่าวนี้อ่านที่.....

ผู้ส่งข่าว.....หน่วยงาน.....วันที่.....เวลา.....
กำหนดวันประกาศ วันที่.....ถึงวันที่.....
☐ ช่วงเช้า 10.30 น. ☐ ช่วงบ่าย 14.00 น. ☐ ช่วงค่ำ
ผู้รับข่าว.....วันที่.....เวลา.....

[illegible]



โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร
Phiboonmangasabarn Hospital

ใบนำส่งเอกสาร

โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

20/6 ถนนเทศบาล 2 ตำบลพิบูล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 34110

โทรศัพท์ 045-441053, 045-442015, 045-251597, 045-251257, 045-251625, 045-252609

โทรสาร 045-441553

เรียนผู้รับ	วันที่
หน่วยงาน	หมายเลขโทรสาร
เรื่อง	
ผู้ส่ง	เวลาส่ง น.

เอกสารที่นำส่ง (ไม่รวมใบนำส่ง) จำนวน _____ แผ่น	
ลักษณะ	☐ ค่วน ☐ เพื่อทราบ ☐ เพื่อพิจารณา ☐ โปรดตอบกลับ

หมายเหตุ : หากได้รับเอกสาร ไม่ครบถ้วน กรุณาติดต่อกลับที่คุณ.....

หมายเลขโทรศัพท์ 045-442015 , 045-441053 ต่อ.....

ผู้ปฏิบัติงาน.....วันที่.....เวลา.....น.