



ที่ ศธ ๐๕๘๔/ ๕๖๓

ถึง หัวหน้าหน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย สงขลา

พร้อมหนังสือฉบับนี้ กองกลาง สำนักงานอธิการบดี ขอส่งสำเนาหนังสือศาลากลาง ที่ สข ๐๐๓๒.๐๑๑/ว ๓๐๒๕ ลงวันที่ ๓๑ มิถุนายน ๒๕๕๙ เรื่อง ขอเชิญร่วมทอดเกล้าฯ ถวายเงินสมทบทุนมูลนิธิ พอ.สว.

สำหรับรายละเอียดสามารถ Download file ได้จาก <http://general.rmutsv.ac.th> หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์



กองกลาง สำนักงานอธิการบดี

โทรศัพท์ ๐ ๗๔๓๑ ๗๑๒๒

โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๗๑๒๓

กตท.๑๖

ใบแจ้งการรับเงินและหารายได้
เลขที่ 867
วันที่ 16 ส.ย. 2559
เวลา 10.47 น.



มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
เลขที่ ๘๓๕๖
วันที่ ๑๕ ส.ย. ๒๕๕๙
เวลา ๑๓.๒๐

ที่ สข ๐๐๓๒.๐๑๑/ว ๖๗๖๕

ศาลากลางจังหวัดสงขลา
ถนนราชดำเนิน สข ๙๐๐๐๐

๖๗๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙

กองกลาง
เลขรับ 866
วันที่ 15 ส.ย. 2559
เวลา 15.0๙ น.

เรื่อง ขอเชิญร่วมทูลเกล้าฯ ถวายเงินสมทบทุนมูลนิธิ พอ.สว.

เรียน **อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย**

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดการทูลเกล้าฯ ถวายเงินสมทบทุนมูลนิธิ พอ.สว. จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. หนังสือแสดงความประสงค์ทูลเกล้าฯ ถวายเงิน จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี จะเสด็จเยี่ยมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. และพระราชทานของที่ระลึกแก่กรรมการ อนุกรรมการ และอาสาสมัคร พอ.สว. ประจำจังหวัด ในระหว่างวันที่ ๑๕ - ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ณ จังหวัดพัทลุง ตรัง สตูล สงขลา ซึ่งจังหวัดสงขลาจะเสด็จเยี่ยมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. พร้อมพระราชทานของที่ระลึกแก่กรรมการ อนุกรรมการ และอาสาสมัคร พอ.สว. ประจำจังหวัดสงขลา ในวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ณ โรงเรียนสงขลาวิทยาคม หมู่ที่ ๑ ตำบลชิงโค อำเภอสิงหนคร

จังหวัดสงขลา ขอเชิญชวน ท่านและครอบครัว / เจ้าหน้าที่ / พนักงาน ในหน่วยงานของท่านพร้อมทั้งประชาชนในพื้นที่ ที่มีจิตศรัทธาขอเชิญร่วมทูลเกล้าฯ ถวายเงินสมทบทุน มูลนิธิ พอ.สว. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากจนในชนบท และถิ่นทุรกันดาร ผู้ทูลเกล้าฯ ถวายเงินจะได้รับพระราชทานของที่ระลึกรายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) และ (๒) ซึ่งผู้ที่มีจิตศรัทธาแสดงความจำนงขอร่วมทูลเกล้าฯ ถวายเงิน โดยแจ้งความประสงค์ได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (โรงพยาบาลสงขลาเก่า ตึกสิรินธร) นางสาวธาดา ไพโรจน์ หัวหน้างานการเงิน หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๙๗๓๖ ๔๑๖๕ หรือติดต่อนางมฤดี ขาวนวลศรี ผู้รับผิดชอบงาน พอ.สว. หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๒๙๘๒ ๙๑๙๙ โดยส่งแบบตอบรับตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ภายในวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๗๔๓๑ ๑๓๘๔๐ , ๐ ๗๔๓๑ ๑๓๘๖ หรือนำส่งด้วยตนเอง ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เพื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จะได้รวบรวมจำนวนเงินสุทธิ ถวายรายงานสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ในวันดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อแจ้งผู้ที่มีจิตศรัทธาร่วมบริจาคเงินสมทบทุนมูลนิธิ พอ.สว. และขอขอบคุณ
มา ณ โอกาสนี้

เรียน อธิการบดี
เพื่อโปรดของกองกลาง ประช.สัมพันธ์
ผู้อำนวยการทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายทรงพล สวาสดิ์ธรรม)
ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

เริ่มพ. ๒๐.๓๐๖๓๖
๑. ลิสต์รายชื่อผู้บริจาค สงขลา + ๐๑๖๖
มอบผู้ดูแลความเข้มแข็ง
สมทบทุนมูลนิธิ พอ.สว.
๒. เพื่อโปรดพิจารณา มอบกองกลาง
ดำเนินการประชาสัมพันธ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ฝ่ายรักษาพยาบาล และโครงการพระราชดำริ
โทร. ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๔๘ , ๐ ๗๔๓๒ ๖๐๙๑-๗
โทรสาร. ๐ ๗๔๓๑ ๑๓๘๔๐ , ๐ ๗๔๓๑ ๑๓๘๖
ผู้รับผิดชอบงาน พอ.สว. นางมฤดี ขาวนวลศรี ๐๙ ๒๙๘๒ ๙๑๙๙

๑๕ ส.ย. ๕๙

รายละเอียดของผู้ถูกล่้า ๆ ถวายเงิน

ผู้ถูกล่้า ๆ ถวายเงิน สามารถบริจาคเป็นเงินสด เช็ค ดริฟต์ หรือเป็นครุภัณฑ์ ได้ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้ :-

1. บริจาคเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ได้รับพระราชทานเหรียญทอง 1 เหรียญ ใบนุโมนาบัตร และใบเสร็จรับเงิน
2. บริจาคเงินตั้งแต่ 1,000 - 9,999 บาท ได้รับพระราชทานเหรียญเงิน 1 เหรียญ ใบนุโมนาบัตร และใบเสร็จรับเงิน
3. บริจาคเป็นครุภัณฑ์ มูลค่าตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ได้รับพระราชทานเหรียญทอง 1 เหรียญ ใบนุโมนาบัตร และใบรับของบริจาค แต่ไม่ได้รับใบเสร็จรับเงิน
4. บริจาคเป็นครุภัณฑ์ มูลค่าตั้งแต่ 1,000 บาทขึ้นไป ได้รับพระราชทานเหรียญเงิน 1 เหรียญ ใบนุโมนาบัตร และใบรับของบริจาค แต่ไม่ได้รับใบเสร็จรับเงิน

มูลนิธิ พอ.สว. จะส่งมอบใบเสร็จรับเงิน และใบนุโมนาบัตรทั้งหมดให้แก่ผู้ถูกล่้า ๆ ถวายเงิน โดยจะมอบผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ในภายหลัง

หมายเหตุ

1) การบริจาคเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป :-

1.1 ผู้ที่บริจาคเงินตั้งแต่ 10,000.- บาท สามารถแสดงความประสงค์ขอเข้ารับพระราชทานของที่ระลึกด้วยตนเองจากสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ในวันที่ 23 กรกฎาคม 2559 โรงเรียนสงขลาวิทยาคม หมู่ที่ ๑ ตำบลชิงโค อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา (โดยกำหนดลงทะเบียนในการเข้ารับพระราชทานของที่ระลึก ตั้งแต่เวลา 09.00 น. - 12.00 น.)

1.2 ผู้ที่บริจาคเงินตั้งแต่ 10,000.- บาท ที่ไม่สามารถเดินทางมาเข้ารับพระราชทานของที่ระลึกจากสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี แจ้งให้จังหวัดสงขลารับแทนได้

2) การบริจาคเงินตั้งแต่ 1,000 - 9,999 บาท :-

2.1 ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา เป็นผู้แทนผู้ถูกล่้า ๆ ถวายเงินทั้งหมด

หนังสือแสดงความประสงค์ทุกเกล้าฯ ถวายเงินสมทบทุนมูลนิธิ พอ.สว.

กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และชัดเจน เพื่อที่จะจัดส่งของพระราชทานฯ ให้ถึงท่านโดยตรง

1. ชื่อหน่วยงาน / บริษัทฯ / ห้างร้าน / บุคคล ชื่อ - สกุล

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก สำหรับจัดส่งของพระราชทานฯ ให้ถึงท่านโดยตรง

บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่..... ถนน.....

ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ)..... หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน).....

2. แจ้งความประสงค์ทุกเกล้าฯ ถวายเงินสมทบทุนมูลนิธิ พอ.สว. เป็นเงิน..... บาท

(.....)

โดย :- () เงินสด

() เช็คส่วนตัว

() ดราฟท์

1) กรณีทุกเกล้าฯ ถวายเงินตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป โปรดระบุให้ชัดเจน ท่านมีความประสงค์ :-

() เข้ารับพระราชทานของที่ระลึกด้วยตนเอง จาก สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี
ในวันที่ 23 กรกฎาคม 2559 โรงเรียนสงขลาวิทยาคม หมู่ที่ ๑ ตำบลชิงโค อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา
(โดยกำหนดลงทะเบียนในการเข้ารับพระราชทานของที่ระลึก ตั้งแต่เวลา 09.00 น. - 12.00 น.)

() ประสงค์ให้จังหวัดสงขลา รับแทน

2) กรณีทุกเกล้าฯ ถวายเงินตั้งแต่ 1,000 - 9,999 บาท ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา จะเป็นผู้แทนถวายเงิน
ทั้งหมด

ท่านสามารถติดต่อสอบถาม และแจ้งความประสงค์ทุกเกล้าฯ ถวายเงิน ได้ที่...

- คุณธาดา ไพโรจน์ หัวหน้างานการเงิน โทร. 08 9736 4165

- คุณมลฤดี ขาวนวลศรี ผู้รับผิดชอบงาน พอ.สว. โทร. 09 2982 9199

- งานการเงิน หมายเลขโทรศัพท์ 0 7431 6156

- ฝ่ายรักษาพยาบาลฯ 08 8788 1748

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (โรงพยาบาลสงขลาเก่า ตึกสิรินธร)

โดยแจ้งความประสงค์ร่วมทุกเกล้าฯ ถวายเงิน ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ 18 กรกฎาคม 2559

ทางโทรสาร 0 7431 1840 / 0 7431 1386

หมายเหตุ กรณีมอบเป็น เช็ค หรือ ดราฟท์ กรุณาส่งจ่ายในนามมูลนิธิ พอ.สว. และขีดฆ่าผู้ถือออก

(.....)

ผู้แสดงความประสงค์ร่วมทุกเกล้าฯ ถวายเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

** สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับเงินบริจาคฯ ** (กรุณาถ่ายเอกสารมอบให้ผู้บริจาคเก็บไว้เป็นหลักฐาน 1 ฉบับ)

น.ส. /นาง /นายสกุล ฝ่าย/งาน

รับเงินสด /เช็ค จำนวนเงิน.....บาท (.....)วัน/เดือน/ปี