ที่ทำการ…………………………………………………

 ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย 57100

วันที่

เรื่อง ขอแจ้งยกเลิกโครงการ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่

 ตามที่…………………………………………………………ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย ได้รับการอนุมัติเงินสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ………………………………………………………………………………………จากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่ไปแล้ว นั้น

 เนื่องจาก ……………………………………………………………………………………………………………………. ดังนั้น จึงขอยกเลิกโครงการ……………………………………………………………………………………………………………….ของกลุ่ม………………………………………………………………ตำบลบ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

 ขอแสดงความนับถือ

 ( )

 ตำแหน่ง…………………………………………

หมายเลขโทรศัพท์…………………………………………….