ที่ทำการ…………………………………………………

ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย 57100

วันที่

เรื่อง ขอแจ้งเลื่อนกำหนดการโครงการ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่

ตามที่ ………………………………………………………………….. ได้แจ้งกำหนดการดำเนินโครงการ …………………………………………………….. ในวันที่ ……………………………………… นั้น

เนื่องจาก ………………………………………………………………………………….. ดังนั้น จึงขอเลื่อนการดำเนินโครงการฯ เป็นวันที่ ………………………………………………..……… ณ อาคารเอนกประสงค์ หมู่ที่ ……….. เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

( )

ตำแหน่ง…………………………………………

หมายเลขโทรศัพท์…………………………………………….

ที่ทำการ…………………………………………………

ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย 57100

วันที่

เรื่อง ขอแจ้งเลื่อนกำหนดการโครงการ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดู่

ตามที่ ................................................................................. ได้แจ้งกำหนดการดำเนินโครงการ ............................................................................................. ในวันที่ ................................................. นั้น

เนื่องจาก .............................................................................................................................. จึงขอเลื่อนการดำเนินโครงการฯเป็นวันที่ ........................... ณ ............................................... เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

( )

ตำแหน่ง…………………………………………

หมายเลขโทรศัพท์…………………………………………….