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…………………………………………….