# บันทึกข้อความ

**ส่วนราชการ** กลุ่มอาคารและสถานที่ สำนักงานเลขานุการกรม โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๔๙๕๙

**ที่** สธ ๐๙๐๑.๐๕/ ว๕๒๘๕ **วันที่** ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๗

**เรื่อง** ประชาสัมพันธ์การขอรับบริจาคโลหิต

เรียน ประธานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้อำนวยการกองทุกกอง
ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก
ผู้อำนวยการสถาบันทุกสถาบัน

ตามหนังสือโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่ นบ ๐๐๓๓.๒/๑๘๒๕๗ ลงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ เรื่อง ยืนยันการรับบริจาคโลหิต ความว่า โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเขตจังหวัดนนทบุรี และพื้นที่ใกล้เคียง มีการใช้โลหิตในการดูแลรักษาผู้ป่วยประมาณ ๒,๐๐๐ – ๒,๓๐๐ ยูนิต ต่อเดือน และรับผิดชอบในการจัดการหาโลหิตให้เพียงพอต่อความจำเป็นของผู้ป่วย โดยไม่หวังผลตอบแทน ดังนั้น โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ขอเรียนเชิญท่าน และบุคลากรในหน่วยงานของท่านร่วมกันบริจาคโลหิตเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในครั้งนี้และครั้งต่อไป ทุก ๓ เดือน ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ สำนักงานเลขานุการกรม ขอประชาสัมพันธ์เชิญชวนท่านและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเข้ารับบริจาคโลหิต ในวันพฤหัสบดีที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๘ ณ ห้องโถง อาคาร ๑ ชั้น ๑ กรมอนามัย เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายวินัย รอดไทร)
เลขานุการกรม

กรมอนามัย
เลขรับ 9055
วันที่ 17 ธ.ค. 2567
เวลา 9.21

ที่ นบ ๐๐๓๓.๒/ 18257

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
ถนนนนทบุรี อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ยืนยันการรับบริจาคโลหิต

เรียน อธิบดีกรมอนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบตอบรับการรับบริจาคโลหิต จำนวน ๑ ใบ

ด้วยโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเขตจังหวัดนนทบุรีและพื้นที่ใกล้เคียง มีการใช้โลหิตในการดูแลรักษาผู้ป่วยประมาณ ๒,๐๐๐ – ๒,๓๐๐ ยูนิต ต่อเดือน และรับผิดชอบในการจัดการหาโลหิต ให้เพียงพอต่อความจำเป็นของผู้ป่วย โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าขอเรียนเชิญท่าน และบุคลากรในหน่วยงานของท่านร่วมกันบริจาคโลหิต เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในครั้งนี้และครั้งต่อไปทุก ๓ เดือน

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า งานธนาคารเลือด ขอยืนยันการรับบริจาคโลหิต ณ หน่วยงานของท่าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. รับบริจาคโลหิตในวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.
๒. ประเภท ตั้งเตียง
๓. จัดเตรียมโต๊ะ ๗ ตัว, เก้าอี้ ๓๐ ตัว และที่จอดรถตู้ ๒ คัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการสนับสนุนจากท่านจัดกิจกรรมบริจาคโลหิตและขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ ที่นี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายกัลย์ ลิมกุล)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

(นายประชุม วราพุฒ)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
รักษาราชการแทนเลขานุการกรม
18 ธ.ค. 2567

งานธนาคารเลือด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๒๘ ๔๕๖๗ ต่อ ๓๑๕๐๓
โทรสาร ๐ ๒๕๒๘ ๔๕๖๗ ต่อ ๓๑๕๐๓
E-mail : bb_pnk@outlook.co.th

(นายภูเมศวร์ วงษ์คำ)
นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ
19 ธ.ค. 67

# การยืนยันจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิต

ชื่อหน่วยงาน กรมอนามัย

ขอยืนยันการรับบริจาคโลหิต ในวันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ 2568

เวลา 09.00 - 12.00 น.

แบบตั้งเตียง

สถานที่เจาะเก็บ ห้องโถง อาคาร 1 ชั้น 1 ☑ จุดชั่วคราว ☐ จุดประจำ

**การจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิตหน่วยงานของท่าน อนุญาตให้บุคคลภายนอกไปร่วมบริจาคโลหิตด้วยหรือไม่**

☑ อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้าได้ ☐ เฉพาะบุคคลากรในหน่วยงานเท่านั้น

ชื่อผู้ประสานงาน/และแจ้งการยืนยัน (นาย/นาง/นางสาว) นางสาวกนกพรรณ ดวงคัน

โทรศัพท์ 0 2590 4959 โทรสาร - มือถือ -

E-Mail minminknp@gmail.com

☑ ผู้ประสานงานรายเก่า ☐ ผู้ประสานงานรายใหม่ (ขอข้อมูลทุกช่อง)

ผู้ประสานงาน ณ วันจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิต

☑ ท่านเดียวกับผู้แจ้งการยืนยัน

☐ ติดต่อประสานงานกับบุคคลด้านล่างนี้

(นาย/นาง/นางสาว).....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....

E-Mail.....

☐ ผู้ประสานงานรายเก่า ☐ ผู้ประสานงานรายใหม่ (ขอข้อมูลทุกช่อง)

ยืนยันกลับ ณ วันที่ 19 ธันวาคม 2567

หมายเหตุ :

โปรดส่งใบตอบรับกลับมาเร็วที่สุดยัง งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ทางโทรสาร : 02-528-4567 ต่อ 31503 หรือ E-mail : bb_pnk@outlook.co.th เพื่อยืนยันการจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิตภายในหน่วยงานของท่าน เนื่องจากมีบางหน่วยงานยกเลิกการจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิตอย่างกะทันหัน ส่งผลให้งานจัดหาผู้บริจาคโลหิต ไม่สามารถหาหน่วยงานอื่นมาทดแทนได้ทัน

# การยืนยันจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิต

ชื่อหน่วยงาน.....

ขอยืนยันการรับบริจาคโลหิต ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....

แบบตั้งเตียง

สถานที่เจาะเก็บ..... ☐ จุดชั่วคราว ☐ จุดประจำ

**การจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิตหน่วยงานของท่าน อนุญาตให้บุคคลภายนอกไปร่วมบริจาคโลหิตด้วยหรือไม่**

☐ อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้าได้ ☐ เฉพาะบุคคลากรในหน่วยงานเท่านั้น

ชื่อผู้ประสานงาน/และแจ้งการยืนยัน (นาย/นาง/นางสาว) .....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....

E-Mail.....

☐ ผู้ประสานงานรายเก่า ☐ ผู้ประสานงานรายใหม่ (ขอข้อมูลทุกช่อง)

ผู้ประสานงาน ณ วันจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิต

☐ ท่านเดียวกับผู้แจ้งการยืนยัน

☐ ติดต่อประสานงานกับบุคคลด้านล่างนี้

(นาย/นาง/นางสาว).....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....

E-Mail.....

☐ ผู้ประสานงานรายเก่า ☐ ผู้ประสานงานรายใหม่ (ขอข้อมูลทุกช่อง)

ยืนยันกลับ ณ วันที่.....

**หมายเหตุ :**

โปรดส่งใบตอบรับกลับมาเร็วที่สุดยัง งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ทางโทรสาร : **02-528-4567 ต่อ 31503** หรือ E-mail : **bb_pnk@outlook.co.th** เพื่อยืนยันการจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิตภายในหน่วยงานของท่าน เนื่องจากมีบางหน่วยงานยกเลิกการจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิตอย่างกะทันหัน ส่งผลให้งานจัดหาผู้บริจาคโลหิต ไม่สามารถหาหน่วยงานอื่นมาทดแทนได้ทัน