



กรมอนามัย
เลขที่ ๕๕๕๕
วันที่ ๑๘ มี.ค. ๒๕๖๘
เวลา ๑๕.๐๔ น.

ที่ นบ ๐๐๓๓.๒/

4279

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ถนนนนทบุรี อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๘ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ยืนยันการรับบริจาคโลหิต

เรียน อธิบดีกรมอนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบตอบรับการรับบริจาคโลหิต จำนวน ๑ ใบ

ด้วยโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเขตจังหวัดนนทบุรี และพื้นที่ใกล้เคียง มีการใช้โลหิตในการดูแลรักษาผู้ป่วยประมาณ ๒,๐๐๐ - ๒,๓๐๐ ยูนิต ต่อเดือน และรับผิดชอบในการจัดการหาโลหิต ให้เพียงพอต่อความจำเป็นของผู้ป่วย โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าขอเรียนเชิญท่าน และบุคลากรในหน่วยงานของท่านร่วมกันบริจาคโลหิต เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในครั้งนี้อย่างต่อเนื่องไปทุก ๓ เดือน

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก งานธนาคารเลือด ขอยืนยันการรับบริจาคโลหิต ณ หน่วยงานของท่าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. รับบริจาคโลหิตในวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.

๒. ประเภท ตั้งเดียว

๓. จัดเตรียมโต๊ะ ๗ ตัว, เก้าอี้ ๓๐ ตัว และที่จอดรถ ๒ คัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการสนับสนุนจากท่าน จัดกิจกรรมบริจาคโลหิตและขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ ที่นี้

ขอแสดงความนับถือ

๗๗

(นายกลัย ลิ้มกุล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

งานธนาคารเลือด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๒๘ ๔๕๖๗ ต่อ ๖๒๒๒๑

โทรสาร ๐ ๒๕๒๘ ๔๕๖๗ ต่อ ๖๒๒๒๑

E-mail : bb_pnk@outlook.co.th

การยืนยันจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิต

ชื่อหน่วยงาน.....

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

เวลา.....

แบบตั้งเตียง

สถานที่เจาะเก็บ..... ☐ จุดชั่วคราว ☐ จุดประจำ

****การจัดกิจกรรมรับบริจาคโลหิตหน่วยงานของท่าน อนุญาตให้บุคคลภายนอกไปร่วมบริจาคโลหิตด้วยหรือไม่****

☐ อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้าได้ ☐ เฉพาะบุคลากรในหน่วยงานเท่านั้น

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