

รายชื่อผู้ประสงค์เข้าร่วมพิธีรับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ชั้นสายสะพาย ประจำปี ๒๕๖๐
 วันพุธที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๑
 ณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

(ส่วนราชการ/หน่วยงาน).....

เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ชั้นตรา ที่ได้รับ	การเข้าร่วมพิธีฯ		ชั้นรอง	
			ร่วม	ไม่ร่วม	คืนแล้ว	ยังไม่คืน

(ลงชื่อ).....ผู้ส่ง

(.....)

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์.....

หมายเหตุ กรุณาส่งใบตอบรับนี้ ไปยังกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๑๔๒๒ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๔๑๓

ภายในวันศุกร์ที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๑