



ที่ ชม ๓๕๖๐๔/ว. ๓๗๙

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลแช่ช้าง  
๕๕ ม. ๒ บ้านม่วงชุม ตำบลแช่ช้าง  
อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๓๐

๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุม

เรียน สาธารณสุขอำเภอสันกำแพง , ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง , ท้องถิ่นอำเภอสันกำแพง  
คณะกรรมการ และ คณะอนุกรรมการบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหาร  
ส่วนตำบลแช่ช้าง

ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลแช่ช้าง ได้ดำเนินการ  
แต่งตั้งท่านเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลแช่ช้าง  
ตามหลักเกณฑ์ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อร่วมกันมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชน  
ในพื้นที่ และร่วมกันจัดทำข้อมูลและจัดทำแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขจาก กลุ่มเป้าหมายและ  
หน่วยบริการต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในความรับผิดชอบ ให้สามารถ  
เข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ นั้น

ในการนี้ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลแช่ช้าง จะได้จัด  
ประชุมตามระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลแช่ช้าง เพื่อรายงานความ  
ก้าวหน้าการดำเนินงานของกองทุน ฯ ดังนั้นจึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมการประชุมดังกล่าว ในวันพฤหัสบดี ที่  
๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลแช่ช้าง หมู่ที่ ๒ บ้าน  
ม่วงชุม ตำบลแช่ช้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และเข้าร่วมประชุมตามวัน และ เวลา ดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

( นายเสนห์ สุภษิต )

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแช่ช้าง

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลแช่ช้าง

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.แช่ช้าง

โทรศัพท์ (๐๕๓) ๓๔๑๐๓๕ , ๓๓๒๒๓๔ ต่อ ๑๑,๑๒

พิกัด ๐.

จุฑา  
16/6/63



แบบตอบรับ

การประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งชาติ

(สำหรับคณะกรรมการที่ปรึกษากองทุนฯ และ ผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งชาติ)

วันศุกร์ ที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๓ ตั้งแต่ เวลา ๐๙.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งชาติ อำเภอสนักแก่ง จังหวัดเชียงใหม่

\*\*\*\*\*

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail .....

☐ สามารถเข้าร่วมประชุมได้

☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ โดยได้มอบหมายให้ผู้แทนดังต่อไปนี้เป็นผู้เข้าร่วมประชุมแทน

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail .....

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

กรุณาส่งแบบตอบรับกลับมายังกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ อบต.แห่งชาติ

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม อบต.แห่งชาติ

โทรศัพท์ (๐๕๓) ๓๔๑๐๓๕ , ๓๓๒๒๓๘ ต่อ ๑๑,๑๒