



ที่ กส ๐๕๓๓.๐๓๑/๖๖

.....
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
.....
.....

๔ มีนาคม 2568

เรื่อง ขอยกเลิกและขอรับเงินคืนค่าลงทะเบียน โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้โปรแกรม JHCIS
เพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสำคัญรับเงิน จำนวน 1 แผ่น
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 แผ่น
3. หลักฐานการโอนเงิน จำนวน 1 แผ่น
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน 1 แผ่น
5. แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB จำนวน 1 แผ่น

ตามที่ ข้าพเจ้านาสาวณห์ หทัย แสงกล้า สังกัด รพ.สต.บ้านเหล่าใหญ่ ตำบลเหล่าใหญ่ อำเภอ
กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรม JHCIS เพื่อ
การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยมีค่าลงทะเบียน
จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) ระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ – 2 มีนาคม 2568 ณ ห้องประชุมมนทรี
ชั้น 3 อาคารอำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี และได้ดำเนินการชำระค่าลง
ทะเบียน จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) ในวันที่..... ไปแล้วนั้น

ข้าพเจ้าฯ มีความประสงค์ขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ดังกล่าว และ
ขอรับเงินค่าลงทะเบียนคืน จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) เนื่องจากไม่สะดวกเข้าร่วมโครงการฯ ใน
ช่วงเวลาดังกล่าว ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการขอคืนค่าลงทะเบียน รายละเอียดตามที่
แนบมาพร้อมหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

