

แบบแสดงความจำนงขอบริจาคสิ่งของ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้าพเจ้า (นางสาว/นาง/นาย)..... นามสกุล.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....

มีความประสงค์ขอบริจาค

 เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ รายการมีดังนี้

- | | | | | |
|---------|-------------|---------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | จำนวน | สภาพการใช้งาน | <input type="checkbox"/> ของใหม่ | <input type="checkbox"/> ของใช้แล้ว |
| 2. | จำนวน | สภาพการใช้งาน | <input type="checkbox"/> ของใหม่ | <input type="checkbox"/> ของใช้แล้ว |
| 3. | จำนวน | สภาพการใช้งาน | <input type="checkbox"/> ของใหม่ | <input type="checkbox"/> ของใช้แล้ว |
| 4. | จำนวน | สภาพการใช้งาน | <input type="checkbox"/> ของใหม่ | <input type="checkbox"/> ของใช้แล้ว |
| 5. | จำนวน | สภาพการใช้งาน | <input type="checkbox"/> ของใหม่ | <input type="checkbox"/> ของใช้แล้ว |

 อื่นๆ รายการมีดังนี้

- | | |
|---------|-------------|
| 1. | จำนวน |
| 2. | จำนวน |
| 3. | จำนวน |
| 4. | จำนวน |
| 5. | จำนวน |

ส่งหนังสือตอบขอบคุณในนาม.....

ที่อยู่.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)