



องค์การบริหารส่วนตำบลโนนงาม

เลขที่รับ.....

วันที่.....

เวลา.....

ที่ว่าการอำเภอปทุมราชวงศา

ถนนอรุณประเสริฐ อจ ๓๗๑๑๐

ที่ อจ ๐๐๒๓.๙/ว ๒๕๕๕

๒๕ กันยายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความร่วมมือแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ร่วมขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลทุกแห่ง และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดอำนาจเจริญ ด่วนที่สุด ที่ อจ ๐๐๒๓.๓/ว ๕๓๘๒

ลงวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๘

จำนวน ๑ ชุด

พร้อมนี้ อำเภอปทุมราชวงศา ขอส่งสำเนาหนังสือจังหวัดอำนาจเจริญ ด่วนที่สุด ที่ อจ ๐๐๒๓.๓/ว ๕๓๘๒ ลงวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๘ เรื่อง ขอความร่วมมือแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ร่วมขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ www.amnatcharoenlocal.go.th หัวข้อ “หนังสือราชการ”

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

อธิพจน์

(นายอธิพจน์ พงษ์สุวรรณ)

นายอำเภอปทุมราชวงศา

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ

โทร. ๐ ๔๕๔๖ ๕๓๐๐

ผู้ประสานงาน : ชมพูนุท ๐๖ ๑๒๓๑ ๐๗๖๐