

**แบบตอบรับการสนับสนุนกิจกรรม
สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี**

สำนักงาน ศูนย์ส่งเสริมอาชีพและพัฒนาคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี
28/6 หมู่ที่ 2 ถนนเลียบแม่น้ำตาปี ตำบลบางโขน อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 077-962318-9, มือถือ 081-0869028, 092-0791303

วัน เดือน ปี

เรียน นายกสมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....

วัน เดือน ปี เกิด..... ตำแหน่ง

หน่วยงาน/ บริษัท/ ห้างหุ้นส่วนจำกัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์/ Fax.....

มีความประสงค์ จะให้การสนับสนุน สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อโครงการ
ผลิตรถสามล้อโยก รถเข็น เพื่อมอบแก่คนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานีถวายเป็นพระราชกุศล
แต่ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง เนื่องใน
วโรกาสทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๙ พรรษา.. โดย

() โอนเข้าบัญชี จำนวน.....บาท ชื่อบัญชี **"สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี"**

1. ธนาคาร กรุงไทย สาขาสุราษฎร์ธานี เลขที่บัญชี **807-1-89356-0** บัญชี ออมทรัพย์

2. ธนาคาร กรุงเทพ สาขาสุราษฎร์ธานี เลขที่บัญชี **296-0-99840-5** บัญชี ออมทรัพย์

3. ธนาคาร ออมสิน สาขาสุราษฎร์ธานี เลขที่บัญชี **05-006161-983-4** บัญชี ออมทรัพย์

() ธนาณัติ จำนวน.....บาท สั่งจ่าย นายกสมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ปณจ.สุราษฎร์ธานี อ.เมือง สุราษฎร์ธานี 84000

() เงินสด จำนวน.....บาท ส่ง ณ สำนักงานสมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอแสดงความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะ เพื่อประโยชน์ต่อการดำเนินงานของสมาคมฯ.....

หมายเหตุ ผู้มีอุปการะคุณทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนกิจกรรม ของสมาคมคนพิการจังหวัด
สุราษฎร์ธานี จะได้รับหนังสือขอบคุณ ใบเสร็จรับเงิน ใบอนุโมทนาบัตร ภายใน 1 เดือน
และรายงานสรุปกิจกรรม

กรุณา ส่งสำเนาการฝากโอนเงิน กลับ สมาคมคนพิการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตามที่อยู่ข้างต้น หรือทาง Line ID: Wanich06

หรือ **E-mail: khonpikan-surat2541@ hotmail.co.th**

จะขอบพระคุณยิ่ง