**แบบฟอร์มหนังสือภายนอก**

 (ชั้นความลับ ถ้ามี)





ชั้นความเร็ว (ถ้ามี)

ที่........................... (ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ)

 (วัน เดือน ปี)

เรื่อง .........................................................................

เรียน ......................................................................

อ้างถึง (ถ้ามี) ..........................................................

สิ่งที่ส่งมาด้วย (ถ้ามี) ..............................................

 ข้อความ.......................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 (คำลงท้าย) .........................................

 (ลงชื่อ) ........................................

 (พิมพ์ชื่อเต็ม)

 (ตำแหน่ง)

(ส่วนราชการเจ้าของเรื่อง)

โทร. .............................

สำเนาส่ง (ถ้ามี)

(ชั้นความลับ ถ้ามี)

**(แบบฟอร์มการจัดทำหนังสือภายนอก)**

ที่ อว 839๓(๘)/ (สำเนา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

 ๑๑๐ ถนนอินทวโรรส อำเภอเมืองเชียงใหม่

 จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

 เดือน ๒๕66

เรื่อง

เรียน

อ้างถึง (ถ้ามี)

สิ่งที่ส่งมาด้วย (ถ้ามี)

 ด้วย กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

 ข้อความ (ชื่อภาควิชา/ฝ่าย/งาน) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

 จึงเรียนมาเพื่อทราบ /เพื่อโปรดทราบ /เพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย (จะเป็นพระคุณยิ่ง)

ขอแสดงความนับถือ

(ชื่อภาควิชา/ฝ่าย/งาน เจ้าของเรื่อง)

โทรศัพท์ 0 5393 0000

โทรสาร 0 5393 0000

 **(แบบฟอร์มการตอบหนังสือภายนอก)**

ที่ อว 839๓(๘)/ (สำเนา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

 ๑๑๐ ถนนอินทวโรรส อำเภอเมืองเชียงใหม่

 จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

 เดือน ๒๕66

เรื่อง

เรียน

อ้างถึง (ถ้ามี)

สิ่งที่ส่งมาด้วย (ถ้ามี)

 ตาม กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก นั้น

 ข้อความ (ชื่อภาควิชา/ฝ่าย/งาน) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

 จึงเรียนมาเพื่อทราบ /เพื่อโปรดทราบ /เพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย (จะเป็นพระคุณยิ่ง)

ขอแสดงความนับถือ

(ชื่อภาควิชา/ฝ่าย/งาน เจ้าของเรื่อง)

โทรศัพท์ 0 5393 0000

โทรสาร 0 5393 0000

**(ตัวอย่างการจัดทำหนังสือภายนอก)**

ที่ อว 839๓(๘)/ (สำเ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

 ๑๑๐ ถนนอินทวโรรส อำเภอเมืองเชียงใหม่

 จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

 กันยายน ๒๕66

เรื่อง ขออนุญาตให้เจ้าหน้าที่มาทำการตรวจสอบมาตรฐานและความปลอดภัยการใช้งานของเครื่องเอกซเรย์

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑ เชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดเครื่องกำเนิดรังสี จำนวน 1 ฉบับ

 ด้วย หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จำนวน 1 เครื่อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่อง SPECT/CT สำหรับใช้ในการบริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วย ซึ่งจะต้องขอทำการตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยทางการแพทย์เป็นประจำทุก 2 ปี

 เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความประสงค์จะขออนุญาตให้เจ้าหน้าที่จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑ เชียงใหม่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มาทำการตรวจสอบมาตรฐานและความปลอดภัยในการใช้งานของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ SPECT/CT ณ หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภาควิชารังสีวิทยา สามารถติดต่อประสานงานกับ หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภาควิชารังสีวิทยา โทรศัพท์ 0 5393 5450, 5452

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภาควิชารังสีวิทยา

โทรศัพท์ ๐ ๕๓๙3 ๕450, 5452

**(ตัวอย่างการตอบหนังสือภายนอก)**

ที่ อว 839๓(๘)/ (สำเนา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

 ๑๑๐ ถนนอินทวโรรส อำเภอเมืองเชียงใหม่

 จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

 กันยายน ๒๕66

เรื่อง ขอส่งแบบสำรวจสถานที่ฝึกปฏิบัติงานสำหรับนักศึกษากายภาพบำบัด

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ้างถึง หนังสือคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ อว 68014.2/65-00142 ลงวันที่ 26

 กรกฎาคม 2565

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจสถานที่ฝึกปฏิบัติงานสำหรับนักศึกษากายภาพบำบัด จำนวน 1 ชุด

 ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสำรวจสถานที่ฝึกปฏิบัติงานสำหรับนักศึกษากายภาพบำบัด ชั้นปีที่ 4 และขอความกรุณาส่งกลับมายัง คุณนันท์นภัส ยอดมณี สาขาวิชากายภาพบำบัด หรือ E-mail: nannapat.y@psu.ac.th ภายในวันที่ 30 สิงหาคม 2565 นั้น

 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องประการใด ขอส่งแบบสำรวจสถานที่ฝึกปฏิบัติงานสำหรับนักศึกษากายภาพบำบัด มาพร้อมกับหนังสือนี้ จำนวน 1 ชุด โดยมีอัตราค่าธรรมเนียม การฝึกปฏิบัติงาน 6,625 บาท (หกพันหกร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน) ต่อนักศึกษา 1 ราย

 จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

งานบริหารทั่วไป

โทรศัพท์ ๐ ๕๓๙3 ๕๑๓๔, ๕๒๒๔

โทรสาร ๐ ๕๓๙3 ๖๒๒๓ e-mail: saraban\_med@cmu.ac.th