ที่ สธ ๑๑๐๓.๐๕/ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

 ๖๙/๑ หมู่ ๒ ถนนสุขุมวิท ตำบลบ้านสวน

 อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

 (วัน เดือน ปี)

เรื่อง กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

เรียน กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

อ้างถึง หนังสือ (หน่วยงาน) ชั้นควาทมเร็ว ถ้ามี ที่...................... ลงวันที่.........................(ถ้ามี)

สิ่งที่ส่งมาด้วย กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก (ถ้ามี)

ภาคเหตุ กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

ภาคความประสงค์ กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

ภาคสรุป กกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกกก

ขอแสดงความนับถือ

( ชื่อเต็ม )

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

กลุ่มงาน........................

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๓๒, ๐ ๓๘๒๘ ๒๖๐๘ ต่อ ..............

โทรสาร ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๓๓