

แบบตอบรับ

เข้าร่วมการจัดพิธีวางพวงมาลาถวายราชสักการะ เนื่องในวันคล้ายวันสวรรคต

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาจุฬาลงกรณ์ พระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว

วันจันทร์ที่ ๒๓ ตุลาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๖.๔๕ น.

ณ บริเวณลานพระบรมราชานุสาวรีย์ฯ หน้าศาลากลางจังหวัดชลบุรี

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ชื่อหน่วยงาน สังกัด ☐ ส่วนกลาง ☐ ส่วนภูมิภาค

☐ ส่วนท้องถิ่น ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ภาคเอกชน ☐ อื่นๆ.....

กระทรวง โทรศัพท์ โทรสาร.....

☐ ประสงค์วางพวงมาลา ด้วยตนเอง พร้อมคณะ จำนวน คน

☐ มอบหมายผู้แทนวางพวงมาลา พร้อมคณะ จำนวน คน

ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง

☐ เข้าร่วมพิธีฯ (ไม่วางพวงมาลา) พร้อมคณะ จำนวน คน

☐ มอบหมายผู้แทนไปร่วมพิธี (ไม่วางพวงมาลา) พร้อมคณะ จำนวน คน

☐ ไม่สามารถเข้าร่วมพิธีฯ เหตุผล

*ผู้ประสานงาน ชื่อ-สกุล

หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ)

ลงชื่อ ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ : กรุณาส่งให้สำนักงานจังหวัดชลบุรี ภายในวันพฤหัสบดีที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๐

ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๓๘๒๗ ๕๐๓๔ และ ๐ ๓๘๒๗ ๙๔๓๔