

**บันทึกข้อความ**

**หน่วยงาน**

**ที่**  **วันที่**

**เรื่อง** การบริจาคเพื่อสมทบทุนสร้างโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหาร

เรียน อธิการบดี

ข้าพเจ้า.......................................................................อัตราเลขที่............................  
สังกัด........................................................ มีความประสงค์บริจาคเงินเข้ามูลนิธิโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหาร เพื่อสมทบทุนสร้างโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหาร โดยยินยอมให้หักจากบัญชี  
เงินเดือนเป็นเงินจำนวน............................. บาทต่อเดือน (ขั้นต่ำจำนวน 100 บาท) เป็นระยะเวลา

3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน

................เดือน (ระบุจำนวนเดือนหากมากกว่า 12 เดือน)

ทั้งนี้ ตั้งแต่เดือน ................................. พ.ศ. 2565 ถึง เดือน……………………………… พ.ศ. ..............

ลงชื่อ ................................................................

(.........................................................................)