



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
ที่ ชย ๐๐๓๒.๐๐๑/๒๕๒, ๒๕๔, ๒๕๙

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตเลขที่ 9/2521
ปทจ.ชัยภูมิ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

อำเภอเมือง.....

จังหวัด.....

นางสาวกมลทิพย์ ชูทรัพย์
นางสาวกมลทิพย์ ชูทรัพย์
นางสาวกมลทิพย์ ชูทรัพย์
นางสาวกมลทิพย์ ชูทรัพย์
นางสาวกมลทิพย์ ชูทรัพย์

ภักดีกมลทิพย์ ชูทรัพย์
(นางสาวกมลทิพย์ ชูทรัพย์)

(Handwritten signature)

ดอกชบา ชูทรัพย์

ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ

นางสาวกมลทิพย์ ชูทรัพย์

อยู่เลขที่ ๑๐๓๒.๐๐๑/๒๕๒, ๒๕๔, ๒๕๙ ถนนพหลโยธิน ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ

นางสาวกมลทิพย์ ชูทรัพย์

อยู่เลขที่ ๑๐๓๒.๐๐๑/๒๕๒, ๒๕๔, ๒๕๙ ถนนพหลโยธิน ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ

นางสาวกมลทิพย์ ชูทรัพย์

อำเภอเมือง

นางสาวกมลทิพย์ ชูทรัพย์

อยู่เลขที่ ๑๐๓๒.๐๐๑/๒๕๒, ๒๕๔, ๒๕๙ ถนนพหลโยธิน ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ

๒๕๒

๒๕๒

นางสาวกมลทิพย์ ชูทรัพย์

๒๕๒

