



ที่ กท ๑๑๐๓.๔๑/จ.๕๘๗

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตาม  
กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บ  
และขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้มี  
หน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตรา  
ค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร  
พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับ  
ชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอย  
ติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนมกราคม ๒๕๖๘ จำนวน ๕.๖๒๘ กิโลกรัม  
คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๗,๓๐๐.- บาท (สองหมื่นเจ็ดพันสามร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๑๕ วัน  
โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางช่องทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร - รับ (สำนัก)
๓. โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาสาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ เลขที่ ๖๘๘ - ๖ - ๐๐๑๐๔ - ๓  
ชื่อบัญชี ค่าธรรมเนียมจัดการมูลฝอย สำนักสิ่งแวดล้อม และแจ้งเอกสารการโอนเงินทันทีมาที่จดหมาย  
อิเล็กทรอนิกส์ infect.bx@yahoo.com เพื่อตรวจสอบและดำเนินการออกเอกสารการรับชำระค่าธรรมเนียม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

นางสาว.../ปลัดสำนักสิ่งแวดล้อม

ส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย  
โทร.๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๘ - ๕

ตรวจแล้ว

050802, 3625	
20 FEB 2025	
ผู้จำหน่ายบัตรประชาชน	
<input type="checkbox"/> รว. กอ.ร.ร. ยานการ	<input type="checkbox"/> ล.ร.ร.
<input checked="" type="checkbox"/> ๕๖๖	<input type="checkbox"/> ๕๖๖
<input type="checkbox"/> ๕๖๖	<input type="checkbox"/> ๕๖๖
<input type="checkbox"/> ๕๖๖	<input type="checkbox"/> ๕๖๖
ขอแสดงความนับถือ	
๒๕	

ที่ กท ๑๑๐๓.๔๓/จ. ๕๙๕



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๗ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตาม  
กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บ  
และขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้มี  
หน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตรา  
ค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร  
พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับ  
ชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอย  
ติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ จำนวน ๕,๓๕๕ กิโลกรัม  
คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๘,๘๐๐.- บาท (สองหมื่นแปดพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๓๕ วัน  
โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางช่องทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
  ๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร - รับ (สำนัก)
  ๓. โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ เลขที่ ๖๘๘ - ๖ - ๐๐๓๐๔ - ๓
- ข้อบัญญัติ ค่าธรรมเนียมจัดการมูลฝอย สำนักสิ่งแวดล้อม และแจ้งเอกสารการโอนเงินทันทีมาที่จดหมาย  
อิเล็กทรอนิกส์ infect.๖๕@yahoo.com เพื่อตรวจสอบและดำเนินการออกเอกสารการรับชำระค่าธรรมเนียม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

แผ่น ๗/๕๓๓๖๖๖  
อ.นิคม

(นางสาว)  
ผู้อำนวยการกองบริหารการสิ่งแวดล้อม  
สำนักงานสิ่งแวดล้อม  
สำนักสิ่งแวดล้อม

ส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย  
โทร. ๐ ๒๖๐๓ ๒๔๓๘ - ๔

ตรวจแล้ว

เอกสารแจ้งผู้เกี่ยวข้อง	
050496, 2025	
วันที่ 21 MAR 2025	
ผู้ดำเนินการโครงการ	<input type="checkbox"/> รวบรวม, สกัด, ...
ผู้ดำเนินการโครงการ	<input checked="" type="checkbox"/> ...
ผู้ดำเนินการโครงการ	<input type="checkbox"/> ...
ผู้ดำเนินการโครงการ	<input type="checkbox"/> ...
ผู้ดำเนินการโครงการ	<input type="checkbox"/> ...
ผู้ดำเนินการโครงการ	<input type="checkbox"/> ...
ขอแสดงความนับถือ	
...	



ମି. ମଧୁ କରୋଟ/ସା. ୧୫/୧୫

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๓๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๓๐๔๐๐

១១ មេឃាយា ២៥៦៨

เรื่อง แจ้งให้ข้าราชการรณนึ่งการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนส่งสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือ มูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงาน จัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน มีนาคม ๒๕๖๘ มีมูลฝอยไม่เกิน ๖ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงิน ทั้งสิ้น ๑๒,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียม ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหากส่งจ่าย เป็นเช็คให้ชัดเจนและส่งจ่ายในนาม “ กรุงเทพมหานคร – รั้ว (สำนัก)” ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการ จัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะให้ปรับค่าธรรมเนียม โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๐๒๐ ๒๙๘๘ – ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียม ดังกล่าวต่อไป

อนึ่ง ตามระเบียบกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๑๓ กำหนดว่า เช็กที่รับชำระเงินเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็กเลขวันที่ที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็กนั้นหรือก่อนวันนั้นไม่เกิน ๓๐ วัน สำหรับเช็กประเภท ก. ประเภท ข. ประเภท ค. ประเภท ง. ห้ามรับเช็กลงวันที่ล่วงหน้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ឈ្មោះ អ្នកបោះឆ្នោត  
ស្រី ឈ្មោះ

(บาง

ថ្មីថ្មោងការងារសាងសង់ប្រតិបត្តិការសាងសង់ប្រតិបត្តិការ

บทบาทในตำแหน่งผู้ว่าราชการจังหวัดกาญจน์ การดูแลและส่งเสริมอาชีพ

### ສຳນັກເຊິ່ງແຂກຕ້ອນ

ตรวจแล้ว

2  
2

ໄກຣ. ໐ ໒໒໐໙ ໒໔໙໕ - ໔

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๕

[illegible]





ที่ กท ๑๑๐๓.๕๑/จ. ๖๖๔๐

สำนักงานยุทธศาสตร์จัดการมูลฝอย  
๓๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนส่งสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนส่งสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนส่งสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๑๓ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับชำระเชิคนั้นหรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานยุทธศาสตร์จัดการมูลฝอย สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื่อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนเมษายน ๒๕๖๘ จำนวน ๔,๙๓๖ กิโลกรัม คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๔,๙๐๐.- บาท (สองหมื่นสี่พันเก้าร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๑๕ วัน โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางช่องทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานยุทธศาสตร์จัดการมูลฝอย สำนักสิ่งแวดล้อม
  ๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร - รับ (สำนัก)
  ๓. โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาสาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ เลขที่ ๖๘๘ - ๖ - ๐๐๑๐๔ - ๓
- ชื่อบัญชี ค่าธรรมเนียมจัดการมูลฝอย สำนักสิ่งแวดล้อม และแจ้งเอกสารการโอนเงินทันทีมาที่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ infect.bx@yahoo.com เพื่อตรวจสอบและดำเนินการออกเอกสารการรับชำระค่าธรรมเนียม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

ตรวจแล้ว



ส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย  
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๙

ผู้อำนวยการสำนักงานยุทธศาสตร์จัดการมูลฝอย  
สำนักสิ่งแวดล้อม

นาย...  
ส.ท.พ.ค.



เลขที่ 050944/2025	
วันที่ 29 MAY 2025	
เรื่อง	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ
	<input checked="" type="checkbox"/> อ.ร.ค.
	<input type="checkbox"/>
เรื่อง	<input type="checkbox"/> ที่อำนวยการ
	<input type="checkbox"/> ส.ท.ค.
	<input type="checkbox"/> อ.ร.ค.
	<input type="checkbox"/> ผอ.บริหาร
ขอแสดงความนับถือ	
วันที่	



สำนักงานยุทธศาสตร์จัดการมูลฝอย

๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๘

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ขอแสดงความนับถือ

un. 2. 10/20 2015  
Shilpa

Figure 1

ตัวอักษรที่แสดง

**ตรวจแล้ว**

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

ໂທ. ອ ບໍ່ມີ ບໍ່ມີ - ອ

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๕

๐๕๐๑๘/๐๒๕  
 19 JUN 2025  
☐ ผู้โดยสารในรถโดยสาร  
☐ 10% ของรายได้  
☒ ๐๖๖.  
☐  
☐ ผู้โดยสารอื่น ๆ ☐ ๑๐๐%  
☐ 10% ☐ ผู้โดยสาร  
☐  
 ขอดำเนินการตามข้อนี้



ที่ กท ๑๑๐๓/จท. ๒๒๕๓

สำนักงานยุทธศาสตร์จัดการมูลฝอย  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานยุทธศาสตร์จัดการมูลฝอย ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน มิถุนายน ๒๕๖๘ มีมูลฝอยไม่เกิน ๖ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๒,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน)

สำนักงานยุทธศาสตร์จัดการมูลฝอย จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหากส่งจ่ายเป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม " กรุงเทพมหานคร - รับ (สำนัก) " ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย สำนักงานยุทธศาสตร์จัดการมูลฝอย สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะไปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๔ สำนักงานยุทธศาสตร์จัดการมูลฝอย จะได้นำมอบหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

อนึ่ง ตามระเบียบกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่า เช็คที่รับชำระเงินเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่ที่เจ้าหน้าที่รับชำระเชคนั้นหรือก่อนวันนั้นไม่เกิน ๓๐ วัน สำหรับเช็คประเภท ก. ประเภท ข. ประเภท ค. ประเภท ง. ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ยืม

สำนักสิ่งแวดล้อม

ตรวจแล้ว

1/93 ทนง. บัญชีฯ ค. คร. 1/93

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๔

051327/2025	
24 JUL 2025	
ผู้ยืม	
<input type="checkbox"/>	ผู้ยืม รวบรวม
<input type="checkbox"/>	รอง ผอ.รท. อำนวยการ
<input checked="" type="checkbox"/>	ผอ.รท.
<input type="checkbox"/>	ผู้อำนวยการกอง
<input type="checkbox"/>	รองนายก
<input type="checkbox"/>	นายก
ขอแสดงความนับถือ	





## บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ ประจำเดือน ..... มกราคม 2568

ชื่อสถานพยาบาล ..... โทร. ....

วันที่	น้ำหนักถัง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2	302	17.20	
3			
4	309	17.30	
5			
6	309	16.50	
7			
8	323	16.50	
9			
10	389	17.38	
11			
12	443	18.00	
13			
14	292	17.00	
15			
16	471	17.00 16	
17			
18	341	17.00	
19			
20	416	17.05	
21			
22	369	17.30	
23			
24	457	18.00	
25			
26	382	17.54	
27			
28	382	17.26	
29			
30	443	18.15	
31			
รวม	5,628		

รหัสสถานพยาบาล...0061(สาย4)  
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน  
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์  
เขตบางรัก กทม.10500

### หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อ  
กำกับทุกครั้งกับทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บ  
ขนมูลฝอยติดเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร  
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน  
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน  
ค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ รวม 5,628 กก.



พอใจ




ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)



## บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ ประจำเดือน ..... กุมภาพันธ์ 2568

ชื่อสถานพยาบาล ..... โทร. ....

แบบ กษ-3

วันที่	น้ำหนักตั้ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บันทึก
1	156	18.15	
2			
3	346	17.10	
4			
5	944	18.35	
6			
7	388	17.40	
8			
9	381	16.50	
10			
11	111	18.20	
12			
13	326	18.25	
14			
15	318	17.31	
16			
17	455	17.00	
18			
19	460	18.35	
20			
21	313	18.00 น.	
22			
23	454	17.15 น.	
24			
25	387	16.50 น.	
26			
27	320	18.00	
28			
29			
30			
31			
รวม	5,355		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วทุกประการ

☒ พอใจ     
 ☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....


รวม 5,355 กก.

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นที่ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด โทร. 02-726-0300 , 02-328 7874 ศูนย์ข้อมูล 02-374-1955 ไลน์ 02-374-1956 อีเมล 08 9 135 9555





## บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ ประจำเดือน ..... มีนาคม 2568

ชื่อสถานพยาบาล ..... โทร. ....

แบบ กข-3

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	444	20.20	
2			
3	384	21.15	
4			
5	388	21.10	
6			
7	368	22.10	
8			
9	413	21.05	
10			
11	353	21.05	
12			
13	407	20.40	
14			
15	390	21.10	
16			
17	346	20.50	
18			
19	356	20.50	
20			
21	455	21.00	
22			
23	411	21.30	
24			
25	336	20.30	
26			
27	291	21.10	
28			
29	317	20.45	
30			
31	416	20.20	
รวม	6077		

รหัสสถานพยาบาล...0061 (สาย 4)  
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน  
124 ถนนสีลม แขวงสุริยวงศ์  
เขตบางรัก กทม.10500

**หมายเหตุ**

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อ  
กำกับทุกครั้งทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บ  
ขนมูลฝอยติดเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร  
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน  
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน  
ค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน


**ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ รวม 6,077 กก.

☒พอใจ  
☐ควรปรับปรุง  
 ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)  
 (ลายเซ็นที่ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด โทร. 02-726-0300, 02-328 7874 ศูนย์ข้อมูล 02-374-1955 ไลน์ 02-374-1956 อีเมล 08 9 135 9555



## บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ ประจำเดือน ..... เมษายน 2568

ชื่อสถานพยาบาล ..... โทร. ....

แบบ กข-3

วันที่	น้ำหนักสิ่ง (กก.)	(ลบ)	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2	235	21.20	
3			
4	375	20.35	
5			
6	351	20.35	
7			
8	356	20.50	
9			
10	295	21.30	
11			
12	334	21.10	
13			
14	152	17.10	
15			
16	250	20.55	
17			
18	326	20.45	
19			
20	354	21.15	
21			
22	354	20.55	
23			
24	332	21.40	
25			
26	505	22.00	
27			
28	301	28.00	
29			
30	434	21.30	
31			
รวม	4936		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ รวม 4936 กก.

☒พอใจ

☐ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)


บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด โทร. 02-726-0300 , 02-328 7874 ศูนย์ข้อมูล 02-374-1955 วารุณี 02-374-1956 ศูนย์ยา 08 9 135 9555

รหัสสถานพยาบาล...0061(สาย4)  
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน  
124 ถนนสุขุมวิท แขวงสุขุมวิท  
เขตบางรัก กทม.10500

หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งกับทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสารฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือนทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงินค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

**ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้**



## บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ ประจำเดือน พฤษภาคม 2568

ชื่อสถานพยาบาล ..... โทร. ....

แบบ กข-3

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บันทึก
1			
2	360	21.30	
3			
4	403	20.45	
5			
6	487	21.15	
7			
8	420	20.35	
9			
10	427	21.15	
11			
12	355	20.55	
13			
14	364	21.35	
15			
16	398	21.20	
17			
18	507	21.30	
19			
20	410	21.25	
21			
22	402	21.00	
23			
24	487	20.20	
25			
26	459	20.40	
27			
28	488	21.55	
29			
30	571	21.30	
31			
<b>รวม</b>	<b>6,538</b>		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ

รวม **6,538** กก.

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

รวม **6,538** กก.

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)


☒ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด โทร. 02-726-8386 , 02-328 7874 คุณเจริญฤทธิ์ 02-374-1955 11711 02-374-1956 069 135 9555





## บริษัท กรุงเทพมหานคร จำกัด

แบบ กข-3

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ ประจำเดือน ..... มิถุนายน 2568

ชื่อสถานพยาบาล ..... โทร. ....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	417	21:10	
2			
3	291	21:00	
4			
5	453	21:00	
6			
7	506	21:35	
8			
9	363	20:45	
10			
11	353	21:35	
12			
13	398	21:30	
14			
15	434	21:25	
16			
17	395	21:35	
18			
19	408	21:00	
20			
21	428	21:10	
22			
23	431	21:25	
24			
25	382	21:40	
26			
27	400	21:45	
28			
29	401	21:35	
30			
31			
รวม	6,080		

รหัสสถานพยาบาล...0061 (สาย 4)  
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน  
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงค์  
เขตบางรัก กทม.10500

**หมายเหตุ**

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อ  
กำกับทุกครั้งทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บ  
ขนมูลฝอยติดเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร  
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน  
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน  
ค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

**ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วทุกประการ

รวม 6,080 กก.

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)  
(ลายเซ็นที่ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

ชื่อเสนอแนะ.....

บริษัท กรุงเทพมหานคร จำกัด โทร. 02-726-8380 , 02-328 7874 คุณขวัญฤทัย 02-374-1955 11711 02-374-1956 คุณสุญา 08 9 135 9555