

แบบรับรองการมีสิทธิได้รับสวัสดิการห้องพิเศษสำหรับญาติสายตรงโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ด้วยข้าพเจ้า ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน.....
ตำแหน่ง.....ปัจจุบันปฏิบัติงานที่หน่วยงาน.....
สังกัด โรงพยาบาลแหลมฉบัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ของรับรองว่า.....
.....อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
มีความเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าจริง จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการห้องพิเศษและค่าอาหาร
พิเศษสำหรับญาติสายตรงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัวเท่านั้น
ส่วนสิทธิสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....(หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน)
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ “ญาติสายตรง” หมายความว่า บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรธิดาตามกฎหมาย

อ้างอิง : ตามระเบียบคณะกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลแหลมฉบัง