



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โรงพยาบาลแหลมฉบัง โทร. ๐๓๘ - ๓๕๒๙๗๔-๙ ต่อ

ที่ ที่ ขบ ๐๐๓๓.๓...../

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติออกหนังสือรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (กรณีผู้ป่วยใน)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานที่..... กลุ่มงาน..... ขอให้งานการเจ้าหน้าที่

ออกหนังสือรับรองสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล ของผู้มีสิทธิ คือ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนอายุปี ซึ่งผู้มีสิทธิแจ้งความ

ประสงค์ขอให้ออกหนังสือรับรองสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับ ☐ ตนเอง ☐ บิดา ☐ มารดา

☐ คู่สมรส ☐ บุตร ชื่อ - สกุล.....เลขที่บัตร

ประจำตัวประชาชนอายุปี เข้ารับการรักษา

ณ สถานพยาบาล..... วันที่เข้ารับการรักษา

รักษา

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ขอหนังสือรับรอง
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงาน
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้างานการเจ้าหน้าที่
(นางสาวสายชล วิญญาสุข)
เจ้าพนักงานธุรการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง
เห็นควรอนุมัติให้ออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ.....

(นายจิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

อนุมัติ

(นายสุพจน์ พวงลำไย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

หมายเหตุ ๑. แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ที่ต้องการรับสิทธิ

๒. กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วน