



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร.1662-4

ที่ วันที่

เรื่อง ขอรับรอง การมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล
 ลดหย่อนส่วนเกินสิทธิ

เรียน หัวหน้าหน่วยเงินรายได้ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

สังกัด ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ ได้ยื่นหนังสือรับรองการมีสิทธิเบิก

- ค่ารักษาพยาบาล
 ลดหย่อนส่วนเกินสิทธิ

ของ.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น

- ตนเอง
 สามี/ภรรยา
 บุตร
 บิดา/มารดา

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และขอใช้หนังสือนี้รับรองสิทธิ

ดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

ส่วนของหัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่า.....เป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานมหาวิทยาลัย/พนักงานเงิน
รายได้หรือลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานของข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงาน.....

วันที่...../...../.....หมาย

เหตุ : ส่งการเงินผู้ป่วยในช่อง 40 วันนอน รพ.หรือต้องไม่ช้ากว่าวันออกจาก รพ.



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทร.....

ที่ มอ

วันที่

เรื่อง ขอรับรอง

() การมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล

() ลดหย่อนส่วนเกินสิทธิ

เรียน หัวหน้าหน่วยเงินรายได้ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

สังกัด คณะแพทยศาสตร์ ได้ยื่นหนังสือขอรับรองการมีสิทธิเบิก

() ค่ารักษาพยาบาล

() ลดหย่อนส่วนเกินสิทธิ

ของ.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ

() ตนเอง

() สามี/ภรรยา

() บุตร

() บิดา/มารดา

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และขอใช้หนังสือนี้รับรองสิทธิ

ดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

ส่วนของหัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่า.....เป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานมหาวิทยาลัย/พนักงานเงิน
รายได้หรือลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานของข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงาน.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ส่งการเงินผู้ป่วยในช่อง 40 วันนอน รพ.หรือต้องไม่ช้ากว่าวันออกจาก รพ.



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะ..... มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทร.....

ที่ มอ

วันที่

เรื่อง ขอรับรอง

() การมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล

() ลดหย่อนส่วนเกินสิทธิ

เรียน หัวหน้าหน่วยเงินรายได้ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

สังกัด คณะ..... ได้ยื่นหนังสือรับรองการมีสิทธิเบิก

() ค่ารักษาพยาบาล

() ลดหย่อนส่วนเกินสิทธิ

ของ.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ

() ตนเอง

() สามี/ภรรยา

() บุตร

() บิดา/มารดา

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และขอใช้หนังสือนี้รับรองสิทธิ

ดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

ส่วนของหัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่า.....เป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานมหาวิทยาลัย/พนักงานเงิน
รายได้หรือลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานของข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงาน.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ส่งการเงินผู้ป่วยในช่อง 40 วันนอน รพ.หรือต้องไม่ช้ากว่าวันออกจาก รพ.