



ที่ นศ ๑๐๓๒/.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ نابอน
ตำบล نابอน อำเภอ نابอน
จังหวัด นครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....

หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....

ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิ
ได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ
อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘)
พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒

โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com