



ที่/๒๕๖๗

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 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษ และค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ ๘) พ.ศ.๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒

โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

เอกสารรับรองกรณีบัตร อสม.อยู่ระหว่างดำเนินการออกบัตร