



ที่/.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย (ชื่อ อสม.) อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสไปรษณีย์.....
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภผู้ป่วยใน
และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า (ชื่อ อสม.).....
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือ
ในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ.๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษ
จากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๔ ๑๑๙๒

โทรสาร ๐ ๗๕๔๔ ๑๘๕๕

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com