



โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์
Ronphibun Hospital

โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์
ต.ร่อนพิบูลย์ อ.ร่อนพิบูลย์
จ.นครศรีธรรมราช 80130

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

บ้านเลขที่ หมู่ที่.....ถนน..... ตำบลอำเภอ.....

จังหวัด เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอสำเนาประวัติการรักษาของ นาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... มีความเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

โดยขอ

ทั้งหมด

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

เพื่อจะนำไปใช้

ประกอบการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล.....

ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย / คดีความ

ยื่นบริษัทประกันชีวิต

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

อนุญาต

ไม่อนุญาต เพราะ.....

ลงชื่อผู้อนุมัติ

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

วันที่รับเอกสาร.....

หมายเหตุ : ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือแทน

และระบุตำแหน่งของลายพิมพ์นิ้วมือนั้นด้วย

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....

ผู้รับเงิน.....