

แบบรับรองการมีสิทธิการรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
(กรณีญาติสายตรงเจ้าหน้าที่)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วย.....(ผู้ป่วย)อายุ.....ปี เลขบัตร
ประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด..... เป็นบุคคลในครอบครัว(กรณีญาติสายตรง) ของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลวังเจ้า ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่.....
ถึงวันที่.....

ในการนี้ ข้าพเจ้า.....(จนท.) ตำแหน่ง.....
จึงขอรับรองว่า.....(ผู้ป่วย)มีความเกี่ยวข้องเป็น.....
(กรณีญาติสายตรง) ผู้มีคุณสมบัติได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษตามสวัสดิการเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวังเจ้า

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

(ลงชื่อ).....หัวหน้ากลุ่มงาน
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ญาติสายตรง คือ บิดา,มารดา,บุตร,สามี,ภรรยา