



สภรณอมทรพยสารณสุขพทลลล จรกัถ

ค้ำอรบเงินสวัสดิการช่วยเหลื่อสมาชิกที่ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์ติดต่อได้.....

ฐานะ ตนเอง ผู้รับมอบอำนาจ ทายาท

ขอแจ้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ (นาย/นาง/นางสาว).....

.....เลขที่สมาชิก.....

สังกัด.....โทรศัพท์ติดต่อได้.....

ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ด้วยโรค.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา.....คืน

พร้อมแนบหลักฐานเอกสาร ใบรับรองแพทย์ หลักฐานอื่น (ระบุ).....

โดยขอรับเงินโดยวิธีโอนเข้าบัญชีเงินฝากสภรณ บัญชีเลขที่.....

ชื่อบัญชี.....

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้ง

(.....)

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ	ผู้ตรวจทาน	ผู้อนุมัติ
.....	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
(นางจินตนา บุญสนิท) เจ้าหน้าที่ธุรการ สภรณอมทรพยสารณสุขพทลลล จรกัถ	(นางสาวชลลล ก้าบัตตา) ผู้จัดการ สภรณอมทรพยสารณสุขพทลลล จรกัถ	