ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com

ที่ ...../.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน
ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๒๐

วันที่.....

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ ..... เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม. ชื่อ (อสม.).....
ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

จึงขอรับรองว่า.....เป็นบุคคลในครอบครัวของ อสม.และผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษจากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอแสดงความนับถือ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๙๒
โทรสาร ๐ ๗๕๔๙ ๑๘๕๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sso.nabon@gmail.com