แบบขออนุเคราะห์/ค้างชำระ ค่าบริการทางการแพทย์

เขียนที่โรงพยาบาลโพนสวรรค์
อ.โพนสวรรค์ จ.นครพนม

วันที่......................................

เรื่อง ขออนุเคราะห์/ค้างชำระ ค่าบริการทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์

ด้วยข้าพเจ้า...เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน....................................... เลขประจำตัวโรงพยาบาล..........................อยู่บ้านเลขที่..............หมู่ที่...............ตำบล.. อำเภอ..จังหวัด....................................สิทธิ.....................วันออกบัตร.............................. วันหมดอายุ.......................................หน่วยบริการประจำ...ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล กรณี..ที่โรงพยาบาลโพนสวรรค์เมื่อวันที่..................................... มีค่าบริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากการรักษาครั้งนี้เป็นเงินทั้งสิ้น....................บาท (..) ดังนั้นจึงขออนุเคราะห์/ค้างชำระ ค่าบริการทางการแพทย์ ดังกล่าว โดยจ่ายเพียง............ ....บาท (..) กรณีค้างชำระ ได้แนบเอกสาร...ไว้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

....
(..)
ผู้รับบริการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์

เห็นควร

☐ อนุเคราะห์

☐ ไม่อนุเคราะห์/ค้างชำระ

เหตุผล................................ ....

....
(..)
วันที่......................................

....
(นางกุลธินี บัวเผื่อน)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์