



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน

ที่ มอ. วันที่

เรื่อง ขอรับรองบุคลากรเพื่อใช้สิทธิลดหย่อน

เรียน หัวหน้างานการเงินรายได้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

คณะ..... ขอรับรองว่า.....เป็น

☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย ☐ พนักงานการเงินรายได้ ☐ ลูกจ้างประจำ
ในหน่วยงานของข้าพเจ้าจริง โดยมีอายุราชการ ปี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ส่วนที่ 1 หัวหน้างาน

เรียน หัวหน้างาน/หน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่า..... HNเกี่ยวข้องกับ

- ☐ ตนเอง
☐ สามี/ภรรยา
☐ บุตร
☐ บิดา / มารดา
- } ของข้าพเจ้าจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และขอให้ลงนามรับรองเพื่อใช้สิทธิลดหย่อน ส่วนเกินสิทธิค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ลงชื่อ.....

(.....)

ส่วนที่ 2 บุคลากร

หมายเหตุ กรุณาส่งหน่วยการเงินรายได้ผู้ป่วยใน ช่อง 40 ระหว่างนอนโรงพยาบาลหรือก่อนผู้ป่วยจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล