แบบสำรวจโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า *FM UC 1-02*

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ชื่อหน่วยงาน..... ผู้ประสาน.....

ที่ตั้ง บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา โทร.....

ส่งแบบสำรวจที่ ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ โทร. 089-9012856

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	ว/ด/ป.เกิด	เลขที่บัตรประชาชน(13หลัก)	ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน			โทร./มือถือ	ลายเซ็น
				ตำบล	อำเภอ	จังหวัด		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								