



โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โทร. 035-211888 # 1330 ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ

FM UC 2-02

ชื่อ..... HN.....อายุ.....ปี เพศ.....
 คลินิก/หอ..... AN.....วันที่.....เวลา.....
 PID สิทธิ

Ref no..... รพ.หลัก.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เพื่อขออนุมัติให้การรักษากรณีมีค่าใช้จ่ายสูง การวินิจฉัยโรค

1.
2.

แผนการรักษา/ผ่าตัด

เหตุผลความจำเป็น

ประมาณการค่าใช้จ่าย	ราคากลาง	ร่วมบริจาค

แพทย์ผู้ตรวจรักษา

ความเห็นหัวหน้ากลุ่มงาน เห็นควรอนุมัติ.....

หัวหน้ากลุ่มงาน

ความเห็นนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วย/ญาติ ได้ร่วมบริจาคค่าใช้จ่ายสูง จำนวน.....บาท

ผู้ป่วย/ญาติ

นักสังคมสงเคราะห์

อนุมัติ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

...../...../.....