

ที่ รบ 0๓๓๒/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม
 ถนนหลังอำเภอ อ.โพธาราม จ.ราชบุรี ๗๐๑๒๐

 เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล....................................

ด้วย ………………………………. อายุ..…....... ปี เลขประจำตัวประชาชน.......................................... อยู่บ้านเลขที่.............หมู่ที่.................ตำบล.........................อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. .................... แจ้งว่า นาง/นาย/ด.ช./ด.ญ. .......................................เป็น บิดา,มารดา,สามี,ภรรยา,บุตร ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม จึงขอรับรองว่า......................................เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติได้รับสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ จากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

งานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม

โทร. ๐-๓๒๒-๓๒๕๕๗

**สำเนาคู่ฉบับ**

ที่ รบ 0๓๓๒/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม
 ถนนหลังอำเภอ อ.โพธาราม จ.ราชบุรี ๗๐๑๒๐

 เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล....................................

ด้วย ………………………………. อายุ..…....... ปี เลขประจำตัวประชาชน.......................................... อยู่บ้านเลขที่.............หมู่ที่.................ตำบล.........................อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. .................... แจ้งว่า นาง/นาย/ด.ช./ด.ญ. .......................................เป็น บิดา,มารดา,สามี,ภรรยา,บุตร ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือยกเว้นค่าห้องพิเศษและอาหารพิเศษ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม จึงขอรับรองว่า......................................เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติได้รับสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ จากสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

งานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม

โทร. ๐-๓๒๒-๓๒๕๕๗