

## ใบขออนุญาตใช้รถพยาบาล

วันที่ 09 พฤษภาคม 2568

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ข้าพเจ้า .....นางชวัลพัชร วีรอกนิษฐ์.....ตำแหน่ง .....พยาบาลวิชาชีพ.....

ขออนุญาตใช้รถพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วย ชื่อ - สกุล .....ด.ช ภาควินท์ แสนมีสุข..... อายุ ..... 23 วัน..... ปี

หอผู้ป่วย .....หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 (เด็ก 2).....ป่วยด้วยโรค Neonatal seizure.....

ที่อยู่ .....50/3..... หมู่ที่ ..... 1.....

ตำบล .....อำเภอ ..... พืชชัย..... จังหวัด..... อุดรดิตถ์.....

อาชีพ .....ไม่ได้ประกอบอาชีพ.....

สิทธิการรักษา  บัตรทองเลขที่ .....N715341176745..... สิ้นเชื้อข้าราชการ ชำระเงินเอง ประกันสังคม อื่น ๆ .....

ตามการส่งต่อของแพทย์ .....พญ.ธิดารัตน์ พันธุ์แก้ว..... เพื่อรักษาต่อที่ รพ.มหาราช เชียงใหม่.....

อำเภอ.....เมืองเชียงใหม่ จังหวัด .....เชียงใหม่..... ระยะทาง ..... 350..... กิโลเมตร อัตราค่าบริการ..... 5860..... บาท

โดยขออนุญาตใช้รถพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ..... 13 พ.ค. 2568..... ถึงวันที่ ..... 13 พ.ค. 2568.....

พยาบาลชื่อ .....นางชวัลพัชร วีรอกนิษฐ์.....

พนักงานขับรถยนต์ ..... ทะเบียน.....

ลงชื่อ ..... **ชวัลพัชร วีรอกนิษฐ์** .....ผู้ขออนุญาต  
(.....นางชวัลพัชร วีรอกนิษฐ์.....)ลงชื่อ .....ผู้ควบคุมการใช้รถยนต์.....  
(.....)ลงชื่อ .....หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป.....  
(.....)ลงชื่อ .....ผู้อนุญาต.....  
(.....)

หมายเหตุ 1.ผู้ป่วยบัตรทองที่จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล จะต้องเป็นผู้ป่วยที่แพทย์เห็นสมควรว่าจำเป็นต้องใช้รถพยาบาลในการนำส่งเท่านั้น  
2.กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำเนาใบอนุญาตส่งให้กลุ่มงานสวัสดิการสังคม 1 ใบ เพื่อเป็นหลักฐานการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล