

## ใบขออนุญาตใช้รถพยาบาล

วันที่ 24 กรกฎาคม 2568

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ข้าพเจ้า .....นางสาวธัญชนก พวงศรี.....ตำแหน่ง .....พยาบาลวิชาชีพ.....

ขออนุญาตใช้รถพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วย ชื่อ - สกุล .....ด.ญ.เกวลิณ นรินทรพิง..... อายุ ..... 2 เดือน 23 วัน.....

หอผู้ป่วย .....หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (NICU).....ป่วยด้วยโรค ROP both eyes.....

ที่อยู่ 59/1..... หมู่ที่ ..... 6.....

ตำบล .....อำเภอ .....ลับแล.....จังหวัด.....อุดรดิตถ์.....

อาชีพ .....ในปกครอง.....

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

ตามการส่งต่อของแพทย์ .....ธิดารัตน์ พันธุ์แก้ว.....เพื่อรักษาต่อที่ .....โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร.....

อำเภอ.....เมืองพิษณุโลก จังหวัด .....พิษณุโลก.....ระยะทาง .....100.....กิโลเมตร อัตราค่าบริการ.....2750.....บาท

โดยขออนุญาตใช้รถพยาบาล ตั้งแต่วันที่ .....26 ก.ค. 2568.....ถึงวันที่ .....26 ก.ค. 2568.....

พยาบาลชื่อ .....ธัญชนก พวงศรี.....

พนักงานขับรถยนต์ .....ทะเบียน.....

ลงชื่อ .....<sup>ธัญชนก</sup>.....ผู้ขออนุญาต  
 (.....นางสาวธัญชนก พวงศรี.....)

ลงชื่อ .....ผู้ควบคุมการใช้รถยนต์  
 (.....)

ลงชื่อ .....หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป  
 (.....)

ลงชื่อ .....ผู้อนุญาต  
 (.....)

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