



งานประชาสัมพันธ์ สำนักงานคณะ
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

โทร. 0 2419 7646 - 48

ที่

วันที่

เรื่อง ขออนุญาตรับรองสิทธิผู้พิการ

เรียน หัวหน้างานประชาสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เนื่องด้วยผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ผู้พิการประเภท ตามัญ เลขที่.....รับสิทธิ์ตั้งแต่.....

วิตามัญ เลขที่.....รับสิทธิ์ตั้งแต่.....

กัดคิมศักดิ์ เลขที่.....รับสิทธิ์ตั้งแต่.....

กัดคิมศักดิ์พิเศษ เลขที่.....รับสิทธิ์ตั้งแต่.....

ผู้พิการธรรมดา (บิดา, มารดา, คู่สมรส, บุตรอายุไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์)

ของผู้พิการกัดคิมศักดิ์ ชื่อ.....

เลขที่.....รับสิทธิ์ตั้งแต่.....

หรือ ผู้พิการกัดคิมศักดิ์พิเศษ ชื่อ.....

เลขที่.....รับสิทธิ์ตั้งแต่.....

ได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วย.....

โทร.....ตั้งแต่วันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตรับรองสิทธิผู้พิการดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....