เล่มที่.....
เลขที่.....
หอผู้ป่วย/หน่วยตรวจ.....
โทร.....

วันที่ .....
เรื่อง การปรับปรุงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย
เรียน หัวหน้างานการเงิน

ชื่อผู้ป่วย .....HN.....AN.....

☐ OPD ☐ IPD

☐ ขอยกเลิก ใบเสร็จรับเงิน / ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาล
เล่มที่ / เลขที่ .....

☐ ขอแก้ไข / ยกเลิกค่ารักษาพยาบาล

☐ ขอเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาล

☐ ทำ Financial Discharge / Bill

เนื่องจาก.....
.....

วันที่รับบริการ	รหัส / รายการค่ารักษาพยาบาล	จำนวน	ราคา
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน
ดำเนินการแก้ไขแล้ว
ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
วันที่ .....

ลงชื่อ.....
(.....)
เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย / หน่วยตรวจ
SAP ID .....