แบบฟอร์มขออนุญาตเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีภาวะอุบัติเหตุและ/หรือเสียชีวิต
สำหรับนักเรียน นักศึกษา บุคลากร
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

เรื่อง ขออนุญาตเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีภาวะอุบัติเหตุและ/หรือเสียชีวิต

เรียน หัวหน้างานบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาวะ

ชื่อ-นามสกุลผู้บาดเจ็บ.. อายุ.............ปี ระดับชั้น....................

รหัสประจำตัว.............................. หน่วยงาน/คณะ..

ที่อยู่ปัจจุบัน.. โทร.....................

กรณีเร่งด่วนติดต่อชื่อ.............................. เกี่ยวข้อง.............................. โทร.....................

สถานที่เกิดเหตุ.. วันที่เกิดเหตุ.................... เวลา...............น.

ลักษณะการเกิดเหตุและอาการที่ได้รับบาดเจ็บ/เสียชีวิต..

....

....

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา..

☐ แผนกผู้ป่วยนอก ☐ แผนกผู้ป่วยใน

จำนวนค่ารักษาพยาบาล/ค่าทดแทนอื่น ๆ เป็นเงิน....................บาท (..)

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสงขลานครินทร์ (ปัตตานี) เลขที่บัญชี..............................(ไม่หักค่าธรรมเนียม)

☐ ธนาคารกรุงไทย สาขา.............................. เลขที่บัญชี..............................(หักค่าธรรมเนียม 10 บาท)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดแก่มหาวิทยาลัยฯ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

จึงขออนุญาตเบิกค่ารักษาพยาบาล/ค่าทดแทนดังกล่าวกับทางมหาวิทยาลัยฯ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ..ผู้บาดเจ็บ/ผู้เรียกร้อง/ผู้กระทำการแทน
(..) วันที่..............................

ความเห็นหัวหน้างานบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาวะ

☐ เห็นควรให้เบิกได้เป็นเงิน....................บาท (..)

☐ ไม่สามารถเบิกได้ เพราะ..

☐ อื่น ๆ..

ลงชื่อ..
(นางสุธีรา โกมลมาลัย)
รักษาการในตำแหน่งหัวหน้างานบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาวะ