



มูลนิธิสงเคราะห์คนพิการที่ 802

## มูลนิธิแพथ้อาสาสมัครเพื่อพระศรีนครินทร์ราชชนนี

### แบบขออนุมัติเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์และส่งต่อผู้ป่วยข้ามจังหวัด

ที่.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์และส่งต่อผู้ป่วยข้ามจังหวัด

เรียน เลขาธิการมูลนิธิ พอ.สว.

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบ  1/10  1/10/1  1/12  1/14

จากการปฏิบัติงาน (หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ / หน่วยแพทย์ทางวิทยุ / โรคเฉพาะทาง)

พบผู้ป่วยชื่อ..... (ตามรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย)

ซึ่งจำเป็นต้องรักษาต่อในโรงพยาบาล..... จังหวัด.....

เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติรับเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์และส่งต่อผู้ป่วยข้ามจังหวัดต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด.....