

## โครงการส่งยาทางไปรษณีย์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ห้องตรวจ.....วันที่ส่งใบสั่งยา.....

**สิทธิการรักษา**    ☐ สิ้นเชื้อข้าราชการ    ☐ อปท    ☐ บัณฑิตทอง    ☐ ประกันสังคม  
☐ เบิกต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง    ☐ เบิกต้นสังกัดรัฐวิสาหกิจ    ☐ ชำระเงิน

เอกสารที่แนบมาด้วย ☐ ใบนัด ☐ ใบเจาะเลือด ☐ อื่นๆ .....

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ

ชื่อ-สกุล.....HN

บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์    □□□-□□□□□□□□

## โครงการส่งยาทางไปรษณีย์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ห้องตรวจ.....วันที่ส่งใบสั่งยา.....

**วิธีการรักษา**    ☐ สินเชื้อซ้ำราซการ    ☐ อปท    ☐ บัตร์ทอง    ☐ ประกันสังคม  
☐ เปิดต้นสังกัดกรมบัญชีกลาง    ☐ เปิดต้นสังกัดรัฐวิสาหกิจ    ☐ ชำระเงิน

เอกสารที่แนบมาด้วย ☐ ใบนัด ☐ ใบเจาะเลือด ☐ อื่นๆ .....

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ

ชื่อ-สกุล.....HN

บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์    □□□-□□□□□□□□