วันที่.....

เรื่อง ขอผลตรวจ.....

ผู้ป่วยชื่อ..... HN .....

ต้องการผลการตรวจที่ทำการตรวจเมื่อ .....

หน่วยงานที่ขอผล ..... เหตุผลที่ขอ.....

ลงนาม ..... ลงนามเจ้าหน้าที่ .....

(ผู้ป่วย) ตำแหน่ง .....

ผู้ Print ผล ..... วันที่ ..... เวลา .....

ผู้ตรวจสอบผล..... วันที่ ..... เวลา .....

ผู้รับผล ..... วันที่ ..... เวลา .....



วันที่.....

เรื่อง ขอผลตรวจ.....

ผู้ป่วยชื่อ..... HN .....

ต้องการผลการตรวจ ที่ทำการตรวจเมื่อ .....

หน่วยงานที่ขอผล ..... เหตุผลที่ขอ.....

ลงนาม ..... ลงนามเจ้าหน้าที่ .....

(ผู้ป่วย) ตำแหน่ง .....

ผู้ Print ผล ..... วันที่ ..... เวลา .....

ผู้ตรวจสอบผล..... วันที่ ..... เวลา .....

ผู้รับผล ..... วันที่ ..... เวลา .....

แบบบันทึกการขอผลตรวจย้อนหลัง
วันที่อนุมัติใช้เอกสาร 16 มี.ค. 61
ผู้อนุมัติใช้เอกสาร : นางสายสมร สุทธวัจน์

FM-LAB-061
แก้ไขเอกสารครั้งที่ 00
ระยะเวลาจัดเก็บเอกสาร : 10ปี