

แบบรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือการช่วยเหลือการยกเว้นค่าห้องและค่าอาหารพิเศษ
ของญาติเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง

ด้วยข้าพเจ้า ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน.....
ตำแหน่ง.....ปัจจุบันปฏิบัติงานที่หน่วยงาน.....
สังกัด โรงพยาบาลแหลมฉบัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ของรับรองว่า.....
.....อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
มีความเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าจริง จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการยกเว้นค่าห้อง
พิเศษและค่าอาหารพิเศษสำหรับญาติเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัว
เท่านั้น ส่วนสิทธิสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....(หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน)
(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบรับรองการมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือการช่วยเหลือการยกเว้นค่าห้องและค่าอาหารพิเศษ
ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง

ด้วยข้าพเจ้า ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน.....
ตำแหน่ง.....ปัจจุบันปฏิบัติงานที่หน่วยงาน.....
สังกัด โรงพยาบาลแหลมฉบัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการ
ยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือ
เฉพาะตัวเท่านั้น ส่วนสิทธิ์สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....(หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน)
(.....)
ตำแหน่ง.....