



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น (.....) โทรศัพท์ ๐-๓๗๒๕-๑๑๐๘-๙ ต่อ.....

ที่ สก.๐๐๓๓.๐๕.๓๐ /..... วันที่

เรื่อง รับรองการมีสิทธิได้รับสวัสดิการช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

๑. เรื่องเดิม

นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
ประเภทการจ้าง.....โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว
บรรจุตั้งแต่วันที่.....

๒. ข้อเท็จจริง

ด้วย นาย/นาง/นางสาว/เด็กหญิง/เด็กชาย..... อายุ..... ปี
เลขประจำตัวประชาชนอยู่บ้านเลขที่.....

เป็น.....ของ นาย/นาง/นางสาว.....ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล
ณประเภทผู้ป่วยใน และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิได้รับสวัสดิการ
ช่วยเหลือค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ

๓. ข้อกฎหมาย

๓.๑ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลค่าห้องพิเศษ
และค่าอาหารพิเศษจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
(ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๘

๓.๒ ตามประกาศโรงพยาบาลวังน้ำเย็น เรื่อง สวัสดิการยกเว้นค่าส่วนเกินห้องพิเศษสำหรับ
เจ้าหน้าที่และญาติสายตรง โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ประกาศ ณ วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๖

๔. ข้อพิจารณา

ในการนี้โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จึงขอรับรองว่า
ตำแหน่ง ประเภทการจ้าง.....โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ตำบลวังน้ำเย็น
อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว เป็นผู้มีสิทธิ เรื่อง สวัสดิการยกเว้นค่าส่วนเกินห้องพิเศษสำหรับเจ้าหน้าที่
และญาติสายตรง โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ในกรณีเป็นบุคคลภายในครอบครัวสายตรงเท่านั้น จึงจะได้รับสวัสดิการ
ดังกล่าว รายละเอียดเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

๕. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ขอ

(.....)

วันที่.....