

แบบฟอร์มขอแก้ไขข้อมูลหลังปิด Visit (Finance Lock)

HN	AN	ชื่อ - สกุลผู้ป่วย	วันที่รับบริการ	เวลา	สิทธิการรักษา	เหตุผลที่ต้องแก้ไข	ค่าใช้จ่ายรวม (บาท)		เหตุผลงานการเงิน	
							ก่อนแก้ไข	หลังแก้ไข	ปลดล็อกได้	ปลดล็อกไม่ได้ ส่งติดต่องาน ประกันฯ

ลงชื่อ.....ผู้ขอแก้ไข
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ลงชื่อ.....งานการเงิน
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

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

ลงชื่อ.....งานประกัน
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....