



ที่ ศธ 04225/ 245

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาพัทลุง เขต 2
ต.แม่ขรี อ.ตะโหมด จังหวัดพัทลุง 93000

6 กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง รับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง

ด้วย นายวัชรินทร์ มีบุญ แจ้งว่า ด.ญ.ไวยาริณ มีบุญ เลขประจำตัวประชาชนที่ 1939900815980 หรือ เลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/ เลขที่ของหนังสือเดินทาง.....อายุ.....2.....ปี ซึ่งเป็น บุตรป่วยเป็นโรค มีไข้สูง หอบ ได้เข้ารับการรักษายาบาล ประเภทผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

จึงขอรับรองว่า นายวัชรินทร์ มีบุญ เลขประจำตัวประชาชนที่ 3900900260439 อายุ 38 ปี ตำแหน่ง นิติกรชำนาญการ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน รหัสหน่วยงาน 20004 กระทรวง ศึกษาธิการ ส่วนราชการที่ไม่สังกัดกระทรวง กรม.....รหัสหน่วยงาน.....จังหวัดพัทลุง ซึ่งเป็นของผู้ป่วย เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมาย และขอได้โปรด

(/) วางฎีกาขอเบิกเงินจาก กรมบัญชีกลาง

() ส่งใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (แบบ 7102) ไปเพื่อเบิกชำระหนี้
ให้.....ต่อไปด้วย จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(นายอัฐิ ไชยธรรม)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาพัทลุง เขต 2
โรงเรียน.....จังหวัดพัทลุง

กลุ่มบริหารการเงินและสินทรัพย์

โทร. 074-695913

โทรสาร 074-695912