

แบบฟอร์มรับรองญาติสายตรงบุคลากรและขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ส่วนงาน โทร.....

ที่ วันที่

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... รหัสบุคลากร.....

ตำแหน่ง.....สังกัดสาขาวิชา/ฝ่าย/งาน/หน่วย..... คณะ.....

เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

ประวัติญาติสายตรงตามกฎหมายที่ขอขึ้นทะเบียน

1. ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

HN รพ.มอ.....เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

HN รพ.มอเบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

3. ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

HN รพ.มอเบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

4. ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

HN รพ.มอเบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้น ถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอขึ้นทะเบียน

(.....)

คณะ/ส่วนงาน	
(ลงชื่อ).....หัวหน้างาน (.....)	ที่ มอ. 003.4.4/67-..... วันที่.....
ตำแหน่ง.....	กองบริหารทรัพยากรบุคคล ตรวจสอบข้อมูลแล้วถูกต้อง
(ลงชื่อ).....ผู้บริหารระดับส่วนงาน (.....)	(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ (.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
	(ลงชื่อ).....หัวหน้างาน/ผอ. (.....)