

แบบฟอร์มรับรองญาติสายตรงบุคลากรและขอขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ส่วนงาน โทร.....

ที่ วันที่

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... รหัสบุคลากร.....
ตำแหน่ง.....สังกัดสาขาวิชา/ฝ่าย/งาน/หน่วย.....คณะ.....
เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

ประวัติญาติสายตรงตามกฎหมายที่ขอขึ้นทะเบียน

1. ดญ./ดช./นาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
HN รพ.มอ.....เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น.....
2. ดญ./ดช./นาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
HN รพ.มอเบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น
3. ดญ./ดช./นาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
HN รพ.มอเบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น
4. ดญ./ดช./นาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
HN รพ.มอเบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องเป็น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้น ถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอขึ้นทะเบียน
(.....)

คณะ/ส่วนงาน	
(ลงชื่อ).....หัวหน้างาน (.....) ตำแหน่ง.....	ที่ มอ. 003.4.4/65-..... วันที่..... กองบริหารทรัพยากรบุคคล ตรวจสอบข้อมูลแล้วถูกต้อง (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ (.....) ตำแหน่ง.....
(ลงชื่อ).....ผู้บริหารระดับส่วนงาน (.....) ตำแหน่ง.....	(ลงชื่อ).....หัวหน้างาน/ผอ. (.....)