



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร.....
ที่ มอ วันที่

เรื่อง ขอรับรอง ☐ การมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล
☐ ลดหย่อนส่วนเกินสิทธิ

เรียน หัวหน้าหน่วยงานรายได้ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า.....นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
สังกัด.....คณะ..... ได้ยื่นหนังสือรับรองการมีสิทธิเบิก

☐ ค่ารักษาพยาบาล

☐ ลดหย่อนส่วนเกินสิทธิ

ของ.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น

☐ ตนเอง

☐ สามเณร/ภรรยา

☐ บุตร

☐ บิดา/มารดา

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และขอใช้หนังสือรับรองสิทธิ
ดังกล่าว

ลงชื่อ.....
(.....)

ส่วนของหัวหน้าหน่วยงาน

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง
ขอรับรองว่า..... เป็นข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานมหาวิทยาลัย
พนักงานราชการและพนักงานเงินรายได้ ในหน่วยงานของข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงาน.....
วันที่...../...../.....