

คำร้องขอใช้กองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ตามประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับที่ 62 / 2567)
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เขียนที่ คณะทันตแพทยศาสตร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกองทุนฯ (ผ่านทันตแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย)

(1) ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล..... DN.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วัน เดือน ปีเกิด.....

อายุ.....ปี เพศ () ชาย () หญิง

ที่อยู่.....

ชื่อผู้ประกอบการ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

เบอร์โทรศัพท์.....

โรงพยาบาลที่รักษา โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิทธิการรักษา () บัตรทอง () ข้าราชการ / จ่ายตรง () อปท. () ประกันสังคม

(ลงชื่อ).....ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย

(.....)

(2) ข้าพเจ้า (ทพ. / ทพญ.).....ตำแหน่ง.....

สังกัดภาควิชา.....

ได้ทำการรักษาผู้ป่วย ชื่อ - สกุล..... DN.....

ระหว่างวันที่.....เดือน พ.ศ. ถึง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอความอนุเคราะห์ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

() การตรวจวินิจฉัยโรค (ไม่เกิน 5,000.-/ ราย) จำนวน.....บาท

() การรักษา (ไม่เกิน 5,000.-/ ราย) จำนวน.....บาท

() การฟื้นฟูสภาพ (ไม่เกิน 5,000.-/ ราย) จำนวน.....บาท

() ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ไม่เกินครั้งละ 1,000.-/ ราย) จำนวน.....บาท

(และไม่เกิน 5,000.-บาท/ราย/ปี โดยพิจารณาตามประกาศคณะฯ ฉบับที่ 62/2567)

หลักฐานที่แนบ

() ใบสำคัญรับเงิน () สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย () ใบเสร็จรับเงิน

ลงชื่อ.....ทันตแพทย์ผู้รักษา

(.....)

(3) ความคิดเห็นนักสังคมสงเคราะห์

เรียน ประธานกรรมการกองทุน

จากการแสวงหาข้อเท็จจริง ผู้ป่วย/ญาติ พบว่า

ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ดังนี้.....

(ลงชื่อ).....นักสังคมสงเคราะห์

(.)

คำอนุมัติ

อนุมัติให้ใช้เงินกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งช่องปากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ตามเงื่อนไขข้างต้น

(ลงชื่อ)

(.)

ประธานกรรมการกองทุน