

ใบจองห้องพิเศษ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย _____

เลขที่บัตรประชาชน _____ สิทธิการรักษา _____

HN (หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย) _____ เบอร์โทร _____

นัดมานอนโรงพยาบาล วันที่ _____ ตามที่ระบุไว้ในใบนัด

แพทย์เจ้าของไข้ _____

ชื่อผู้จอง ผู้ป่วยเอง/ญาติระบุชื่อ _____

เจ้าหน้าที่ระบุชื่อ _____

ใบจองห้องพิเศษ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย _____

เลขที่บัตรประชาชน _____ สิทธิการรักษา _____

HN (หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย) _____ เบอร์โทร _____

นัดมานอนโรงพยาบาล วันที่ _____ ตามที่ระบุไว้ในใบนัด

แพทย์เจ้าของไข้ _____

ชื่อผู้จอง ผู้ป่วยเอง/ญาติระบุชื่อ _____

เจ้าหน้าที่ระบุชื่อ _____

ใบจองห้องพิเศษ

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย _____

เลขที่บัตรประชาชน _____ สิทธิการรักษา _____

HN (หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย) _____ เบอร์โทร _____

นัดมานอนโรงพยาบาล วันที่ _____ ตามที่ระบุไว้ในใบนัด

แพทย์เจ้าของไข้ _____

ชื่อผู้จอง ผู้ป่วยเอง/ญาติระบุชื่อ _____

เจ้าหน้าที่ระบุชื่อ _____

