

แบบแสดงความจำนงขอเอกสารทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นางสาว/นาง/นาย)..... นามสกุล.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....

เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เป็น..... ของ.....

มีความประสงค์เพื่อ.....

ชนิดเอกสาร	จำนวน ฉบับ	แบบหลักฐานประกอบ
<input type="checkbox"/> *สำเนาหนังสือรับรองการตาย		1. สำเนาใบมรณบัตร 2. สำเนาบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> ผู้ยื่น <input type="checkbox"/> ผู้มอบอำนาจ 3. สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> ผู้ยื่น 4. สำเนาทะเบียนสมรส 5. เอกสารอื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> *สำเนาใบรับรองแพทย์		1. สำเนาบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> ผู้แจ้งความ <input type="checkbox"/> ผู้รับมอบอำนาจ 2. ใบแจ้งความ 3. เอกสารอื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> *หนังสือรับรองการเกิด (ใบรับใบเกิด)		1. สำเนาบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> ตนเอง 2. สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> ตนเอง
<input type="checkbox"/> *ตรวจสอบประวัติการเกิด		3. เอกสารอื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> หนังสือรับรองยานอภัยชีวิตหลัก		1. สำเนาใบเสร็จรับเงิน 2. สำเนาหนังสือรับรองเพื่อประกอบการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยจำเป็นใช้ยานอภัยชีวิต ยาหลักแห่งชาติ 3. สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอเอกสาร
<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมฉบับละ 25 บาท

ลงชื่อ.....

(.....)