

ใบแสดงหลักฐานชี้แจงความถูกต้องว่าเป็นผู้ป่วย

☐

มีหลักฐานนำมาแสดง

☐

ไม่มีหลักฐานนำมาแสดง

☐

สำเนาถูกต้อง (ลงชื่อ -นามสกุล).....(ญาติ/ผู้ป่วย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....