

แบบยื่นคำร้องอุทธรณ์ขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

วันที่ยื่นคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้ให้บริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

..... โทรศัพท์

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

..... โทรศัพท์.....

๓. เหตุผลในการยื่นคำร้องอุทธรณ์

๓.๑ วันที่ได้รับแจ้งผล

๓.๒ เหตุผลในการอุทธรณ์

(บรรยายเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาของคณะกรรมการ)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้องอุทธรณ์

.....

.....

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำร้องอุทธรณ์

(.....)