

แบบอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับอุทธรณ์

วันที่ยื่นอุทธรณ์

๑. รายละเอียดของผู้อุทธรณ์(บุคคลคนเดียวกับผู้ยื่นคำร้อง)

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๑.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๑.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. วันที่ทราบผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ระดับเขต

.....
.....

๓. ข้อโต้แย้ง ข้อเท็จจริง และข้อกฎหมายที่ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ระดับเขต

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

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมอุทธรณ์

ความเห็นแพทย์ หรือ ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอื่น

ลงชื่อผู้อุทธรณ์

(.....)