OPD.....

แบบฟอร์มยื่นขอให้ทางโรงพยาบาลจัดส่งยาทางไปรษณีย์
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เบอร์โทร ๐๕๓-๙๓๕๖๐๑ โทรสาร ๐๕๓-๙๓๕๑๒๓

วันที่.....

เรื่อง ขอให้ทางโรงพยาบาลจัดส่งยาทางไปรษณีย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ข้าพเจ้า.....เลขที่โรงพยาบาล.....
เลขที่บัตรประชาชน.....ที่อยู่.....
.....เบอร์โทร.....
มีความประสงค์ขอให้ทางโรงพยาบาลเป็นผู้จัดส่งยาทางไปรษณีย์ จำนวนการจัดส่ง.....ครั้ง (ครั้งละ ๑๐๐.-บาท)
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ โดยให้ทางโรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการให้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....
(.....)

ส่วนที่ ๒ สำหรับงานคลัง (ศูนย์รับเงิน)

เรียน เจ้าหน้าที่งานคลัง

เพื่อโปรดเรียกเก็บเงินค่าบริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ **ตามประกาศคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับที่ ร ๒/๒๕๕๖ (อัตราค่าบริการในการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านทางไปรษณีย์)**
จำนวน.....บาท (.....)

งานคลัง ได้รับเงินค่าบริการฯ ไว้แล้วจาก.....จำนวน.....บาท
ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
วันที่.....

ส่วนที่ ๓ เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดทราบ งานบริหารโรงพยาบาล ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว

ทราบ