****

**คู่มือกระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรอง**

**การมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล**

**ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปี 2566**

**งานสุขภาพภาคประชาชน
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่**

2023

**คำนำ**

 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2562
ให้สิทธิกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยให้หน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ ทั้งนี้หากบุคคลดังกล่าวมีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ
ตามสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลก่อน ส่วนที่เกินให้ยกเว้นไม่เรียกเก็บ โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัวของบุคคลดังกล่าว และให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้แก่บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิตามวรรคสอง โดยให้ได้เรียกเก็บร้อยละ 50 ของอัตราที่กาหนดไว้ ทั้งนี้ หากบุคคลดังกล่าวมีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลให้เรียกเก็บค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษตามสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลก่อน ส่วนที่เกินให้เรียกเก็บร้อยละ 50”

งานสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดแพร่ ถือได้ว่าเป็นหน่วยบริการระดับจังหวัด ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 12,122 คน ตามจำนวนการจัดสรรของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมทั้ง 8 อำเภอ การให้บริการเพื่อให้เกิดความสะดวกสูงสุด ยามเจ็บป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือบุคคลในครอบครัว ย่อมเป็นงานบริการหลักที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงได้จัดทำคู่มือการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้น
โดยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งนำไปปฏิบัติ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ให้เป็นไปด้วยความเป็นระเบียบเรียบร้อย

 งานสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดแพร่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและครอบครัว
อีกทั้งยังก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ต่อไป

งานสุขภาพภาคประชาชน
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

**สารบัญ**

|  |  |
| --- | --- |
|  **เรื่อง**  | **หน้า** |
| * กระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน
 | 1 |
| * ภาคผนวก
 | 5 |

**กระบวนการขอรับเอกสารหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล**

**ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2562
ให้สิทธิกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยให้หน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ ทั้งนี้หากบุคคลดังกล่าวมีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ
ตามสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลก่อน ส่วนที่เกินให้ยกเว้นไม่เรียกเก็บ โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัวของบุคคลดังกล่าว และให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้แก่บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิตามวรรคสอง โดยให้ได้เรียกเก็บร้อยละ 50 ของอัตราที่กาหนดไว้ ทั้งนี้ หากบุคคลดังกล่าวมีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลให้เรียกเก็บค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษตามสิทธิส วัสดิการรักษาพยาบาลก่อน ส่วนที่เกินให้เรียกเก็บร้อยละ 50”

 ขั้นตอนการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด สามารถขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

 **ขั้นตอนที่ 1** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ญาติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ที่ประสงค์จะขอรับเอกสารหนังสือรับรองการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาลของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี/สถานบริการสาธารณสุขชุมชน/เทศบาลเมืองแพร่ ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น
มีชื่ออยู่ใน โดยกรอกรายละเอียดในส่วนที่ 1 ให้เรียบร้อย

 **ขั้นตอนที่ 2** กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี/สถานบริการสาธารณสุขชุมชน/เทศบาลเมืองแพร่ ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสารหนังสือขอรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล
เมื่อพบว่าเอกสารมีความถูกต้อง ดำเนินการ 2 กรณี

1. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(สังกัด สสจ.)/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา
นวมินทราชินี (สังกัด สสจ.)/สถานบริการสาธารณสุขชุมชน(สังกัด สสจ.)/ ลงนามรับรอง และออกใบรับรองสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล และผู้บริหารของหน่วยงานตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ที่ 141 / 2563 ลงวันที่ 2 เมษายน 2563 เรื่อง มอบหมายการปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่เกี่ยวกับการออกหนังสือรับรองสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ดำเนินการต่อ ขั้นตอนที่ 6
2. (กรณีหน่วยบริการถ่ายโอนภารกิจไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่/เทศบาลเมืองแพร่) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี / สถานบริการสาธารณสุขชุมชน / เทศบาลเมืองแพร่ เสนอผู้บริหารหน่วยงานรับรองแล้วดำเนินการต่อ ขั้นตอนที่ 3

 **ขั้นตอนที่ 3** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ญาติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ยื่นเอกสารหนังสือขอรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ที่ได้รับการรับรองจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / หัวหน้าสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี / หัวหน้าสถานบริการสาธารณสุขชุมชน / ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขหรือผู้ได้รับมอบหมาย แก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อตรวจสอบเอกสารและออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

 **ขั้นตอนที่ 4** ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล เมื่อพบว่าถูกต้อง ครบถ้วนแล้วให้ออกหนังสือแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากพบว่าเอกสารไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน
ให้ส่งคืนเอกสารกลับไปแก้ไขแล้วนำมายื่นใหม่อีกครั้ง

 **ขั้นตอนที่ 5** กรณีหนังสือขอรับรองฯมีความถูกต้อง ครบถ้วน ให้ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้ลงนาม
 **ขั้นตอนที่ 6** ให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี/สถานบริการสาธารณสุขชุมชนออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี/หัวหน้าสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ลงนามรับรอง

\*\*หมายเหตุ หนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล มีอายุใช้งาน 1 เดือนนับจากวันออกหนังสือ

****

**กระบวนการขอรับหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล**

**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดแพร่**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **กระบวนการ** | **ระยะเวลา** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | อสม./ญาติ ยื่นเอกสารคำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล ก.บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาล/รพ.สต/สอน./สสช. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนถูกต้อง ครบถ้วน | 5 นาที10 นาที | อสม./ญาติเจ้าหน้าที่สถานบริการ |
| 2 | ผู้รับผิดชอบงาน สช.ก.บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาล/รพ.สต./สอน./สสช. ลงนามรับรองเอกสาร(หน่วยบริการที่ถ่ายโอนภารกิจ ไปยัง อบจ. ผู้บริหารหน่วยงานลงนามรับรอง/เทศบาลเมืองแพร่ ผู้บริหารหรือผู้ได้รับมอบหมายรับรอง)รพ.สต./สอน./สสช. ที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. / เทศบาลเมืองแพร่ | 10 นาที | ผู้รับผิดชอบงาน สช.ก.บริการด้านปฐมภูมิฯรพ./รพ.สต./สอน./สสช. /ผู้บริหารหน่วยบริการที่ถ่ายโอนภารกิจ / เทศบาลเมืองแพร่ผู้บริหารหรือผู้ได้รับมอบหมายรับรอง |
| 3 | ผู้รับผิดชอบงาน สช. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารยื่นคำร้องฯ และลงนามรับรองไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนถูกต้อง ครบถ้วน | 10 นาที | ผู้รับผิดชอบงาน สช.สสอ. |
| 4 | ผู้รับผิดชอบงาน สช.รพ.สต./สอน./หน.สสช.(ในสังกัด สสจ.แพร่)/ รพ./สสอ. เสนอ ผอ.รพ./สสอ./ผอ.รพ.สต./หน.สอน./หน.สสช. ลงนามเอกสาร พร้อมออกใบรับรองสิทธิฯ | 30 นาที | ผู้รับผิดชอบงาน สช.รพ.สต./สอน./หน.สสช.(ในสังกัด สสจ.แพร่)/ รพ./สสอ. |
| 5 | ผอ.รพ.สต./หน.สอน./หน.สสช.(ในสังกัด สสจ.แพร่)/ผอ.รพ./สสอ. ลงนามในหนังสือขอฯ และหนังสือรับรองสิทธิฯ | 10 นาที | ผอ.รพ.สต./หน.สอน./หน.สสช.(ในสังกัด สสจ.แพร่)/ผอ.รพ./สสอ. |
| 6 | ผู้รับผิดชอบงาน สช.รพ.สต./สอน./สสช.(ในสังกัด สสจ.แพร่) /สสอ./รพ./ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร มอบให้ อสม./ญาติ | 10 นาที | ผู้รับผิดชอบงาน สช.รพ.สต./สอน./หน.สสช.(ในสังกัด สสจ.แพร่)/ รพ./สสอ. |

**ภาคผนวก**



ที่ ............/……….. ............................................................

 อำเภอ.......... จังหวัดแพร่ ...............

 วันที่........................................

เรื่องรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล..............................................

 ด้วย.....................................................เลขประจำตัวประชาชน................................................
อายุ..............ปี ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่...............ตำบล...............................
อำเภอ...............................จังหวัดแพร่ ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาล....................................... อำเภอ.......................จังหวัดแพร่ ประเภทผู้ป่วยในและขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

 จึงขอรับรองว่า..................................... เลขประจำตัวประชาชน .................... อายุ ......... ปี
ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ...................... จังหวัดแพร่
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ 8) พ.ศ.2562 ข้อ 9/1 ประเภท จ. ให้หน่วยบริการยกเว้นค่าห้องพิเศษ
และค่าอาหารพิเศษ ทั้งนี้หากบุคคลดังกล่าวมีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษตามสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลก่อน ส่วนที่เกินให้ยกเว้นไม่เรียกเก็บ โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัวของบุคคลดังกล่าว

 ขอแสดงความนับถือ

(...............................)

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



ที่ ............/……….. ............................................................

 อำเภอ.......... จังหวัดแพร่ ...............

 วันที่............................

เรื่องรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล..............................................

 ด้วย.....................................................เลขประจำตัวประชาชน................................................
อายุ..........ปี บ้านเลขที่.....................หมู่..........ตำบล......................อำเภอ........................จังหวัดแพร่
ซึ่งเป็น บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร(อายุไม่ถึง 20 ปี) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชื่อ-สกุล .....................................................เลขประจำตัวประชาชน................................................ ได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาล............................ อำเภอ............................จังหวัดแพร่ ประเภทผู้ป่วยใน
และขอให้ออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล

 จึงขอรับรองว่า..................................... เลขประจำตัวประชาชน ............................
อายุ ......... ปี ซึ่งเป็น บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร(อายุไม่ถึง 20 ปี) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชื่อ-สกุล .....................................................เลขประจำตัวประชาชน................................................
โดยอยู่ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ............. จังหวัดแพร่ เป็นผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล(ฉบับที่ 8) พ.ศ.2562 ข้อ 9/1 ให้หน่วยบริการช่วยเหลือเฉพาะค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษให้แก่บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิตามวรรคสอง โดยให้ได้เรียกเก็บร้อยละ 50 ของอัตราที่กำหนดไว้ทั้งนี้ หากบุคคลดังกล่าวมีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลให้เรียกเก็บค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษตามสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลก่อน ส่วนที่เกินให้เรียกเก็บร้อยละ 50

ขอแสดงความนับถือ

(...............................)

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

**หนังสือขอรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล**

 ๑. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..........................................................……..อายุ...................….…ปี
อยู่บ้านเลขที่……….…....…..หมู่ที่…....... ตำบล....................................อำเภอ…….................................... จังหวัดแพร่ รหัสไปรษณีย์…………………………..... หมายเลขโทรศัพท์……………………….………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

เลขที่ประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของ
 [ ] ข้าพเจ้า
 [ ] บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร (ที่อายุไม่ถึง 20 ปี) ชื่อ-สกุล.............................................
และ ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อ............................................................... อำเภอ.............................................จังหวัดแพร่
ตั้งแต่วันที่ ............ เดือน....................................... พ.ศ...............................
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. ๒๕62

(ลงชื่อ)...................................................................
 (..................................................................)
 วันที่ ................เดือน.................................พ.ศ. .....................

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

 2. คำรับรองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

(ลงชื่อ)................................................................... ผู้รับรอง
 (..................................................................)
ตำแหน่ง .....................................................................................
วันที่ ................เดือน.................................พ.ศ. .....................

 3. คำรับรองของเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ

(ลงชื่อ)................................................................... ผู้รับรอง
 (..................................................................)
ตำแหน่ง ..............................................................................
วันที่ ................เดือน.................................พ.ศ. .....................

 4. เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
 ขอรับรองว่า อสม. ผู้นี้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 8) พ.ศ. ๒๕62 สมควรออกหนังสือรับรองได้

(ลงชื่อ)...................................................................
 (..................................................................)
ตำแหน่ง ................................................................
วันที่ ................เดือน.................พ.ศ. .....................

หมายเหตุ : เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย