



**แบบขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล**

โรงเรียนอัสสัมชัญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

นาย / นาง / นางสาว.....เลขที่รับเงินเดือน.....สังกัดระดับชั้น.....

- บริการ       วิชาการ       กิจกรรมนักเรียน       สำนักอธิการ
- การเงิน       ชุรการ       English Program (EP)       อื่นๆ

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินเป็นค่ารักษาพยาบาล

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ-นามสกุล .....
- บิดา ชื่อ-นามสกุล .....
- มารดา ชื่อ-นามสกุล .....
- บุตร ชื่อ-นามสกุล .....

จำนวน.....บาท (.....)

ซึ่งป่วยเป็น.....และได้เข้ารักษาพยาบาลที่.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตามหลักฐานการชำระเงินที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้จำนวน.....ฉบับ

**\* หมายเหตุ \* เบิกได้เฉพาะที่เป็นโรงพยาบาลเท่านั้น ส่วนคลินิกเบิกได้ 3 ที่คือ คลินิกหมอไพรัช,คลินิกพิเศษโรงพยาบาลเลิดสิน, คลินิกโรงพยาบาลกล้วยน้ำไย (ตึกตั้งจาง)**

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
(.....)

ความเห็นคณะกรรมการ.....  
.....

ลงชื่อกรรมการ.....  
ลงชื่อกรรมการ.....  
ลงชื่อกรรมการ.....