



ใบรับรองการเจ็บป่วยของพนักงานการทำเรือแห่งประเทศไทย
ซึ่งไปป่วยในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเอกชน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ○ พร้อมทั้งกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า นพ. ,พญ.

แห่งโรงพยาบาล

ขอรับรองว่า (นาย,นาง,นส.)ได้เข้ามารักษาตัว

ในโรงพยาบาลนี้ ประเภท

☐ ไข้นอก

☐ ไข้นใน

เวลาที่รับไว้.....น. วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

รวม.....วัน ทำการผ่าตัด วันที่..... เวลา

ลักษณะการเจ็บป่วย

☐ จำเป็นต้องรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู)

และ/หรือ ห้องผู้ป่วยหนักทางโรคหัวใจ (ซี.ซี.ยู)

☐ ได้รับอุบัติเหตุ

☐ จำเป็นต้องรับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง

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

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....