

แบบอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น  
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย จากการให้บริการสาธารณสุข

วัน/เดือน/ปีที่ยื่นอุทธรณ์ .....

วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับหนังสือแจ้งผลการวินิจฉัย.....

หน่วยงานที่ยื่นอุทธรณ์.....

๑. รายละเอียดของผู้อุทธรณ์(บุคคลคนเดียวกับผู้ยื่นคำร้อง)

๑.๑ ชื่อ - สกุล .....อายุ.....ปี เกี่ยวข้อง.....

อาชีพ.....

๑.๒ เลขที่บัตรประชาชน.....

๑.๓ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดผู้รับบริการ

๒.๑ ชื่อ-สกุล.....

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน.....

๓. รายละเอียดเกี่ยวกับอุทธรณ์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ .....ผู้อุทธรณ์  
(.....)