



ใบส่ง Set case GA โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ-สกุล.....HN.....อายุ.....ปี
น้ำหนัก.....kg. โรคประจำตัว..... นัดวันที่.....

ผู้ป่วยใช้สิทธิ เบิกได้ เข้าโครงการเด็กโรคทางระบบ
 ใช้สิทธิบัตรทอง จ่ายเงินเอง

อาจารย์ / ทันตแพทย์ ผู้ทำการรักษา

ผู้ช่วยทันตแพทย์

วันที่

FR-Pedo-063 Version 0 Effctive 18/11/2559 P. 1/1



ใบส่ง Set case GA โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ-สกุล.....HN.....อายุ.....ปี
น้ำหนัก.....kg. โรคประจำตัว..... นัดวันที่.....

ผู้ป่วยใช้สิทธิ เบิกได้ เข้าโครงการเด็กโรคทางระบบ
 ใช้สิทธิบัตรทอง จ่ายเงินเอง

อาจารย์ / ทันตแพทย์ ผู้ทำการรักษา

ผู้ช่วยทันตแพทย์

วันที่

FR-Pedo-063 Version 0 Effctive 18/11/2559 P. 1/1