



## ใบตรวจ BLOOD GAS แจ้างหน่วยเงินรายได้ โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย .....HN .....

รายการที่ส่งตรวจ BLOOD GAS

วันที่ตรวจ..... ราคา .....บาท

(.....)

พยาบาลห้องผ่าตัด/หอผู้ป่วย

FR-OR-013 Version 0 Effctive 26-12-2554 P. 1/1



## ใบตรวจ BLOOD GAS แจ้างหน่วยเงินรายได้ โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย .....HN .....

รายการที่ส่งตรวจ BLOOD GAS

วันที่ตรวจ..... ราคา .....บาท

(.....)

พยาบาลห้องผ่าตัด/หอผู้ป่วย

FR-OR-013 Version 0 Effctive 26-12-2554 P. 1/1