



ฝ่ายทุนการศึกษาและบริการนิสิต สำนักบริหารกิจการนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department of Scholarships & Students Service, Office of the Student Affairs, Chulalongkorn University

แบบคำขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ

ACCIDENTAL COMPENSATION CLAIM FORM

ข้อมูลส่วนตัว และสถานที่ติดต่อที่สะดวก Personal & contact information

ชื่อและนามสกุล (Name-Surname) นิสิต2 คณะเภสัชศาสตร์ รหัสนิสิต(Student ID) 8000003302

คณะ (Faculty) คณะเภสัชศาสตร์ / FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (Telephone No.) 12rq3wfgeqw3 E-mail dew@dew.com

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ และการรักษาพยาบาล Accident & treatment details

การเกิดอุบัติเหตุ (Description of accident) sagsag

อาการบาดเจ็บ (Description of injury) asfsafa

วันเกิดอุบัติเหตุ (Date of accident) 25/09/2024

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ (Place of accident) sagsaga

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการศึกษา (Place of treatment) asgasg

ประเภทสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (Type of hospital) โรงพยาบาลเอกชน

ค่ารักษาพยาบาลรวมสุทธิ (Medical fee total amount)

ตัวเลข (in number) 24 บาท

ตัวอักษร (in letter) ยี่สิบสี่

โปรดลงนามที่นี่ Please sign here

(นิสิต2 คณะเภสัชศาสตร์)

วันที่ Date / /

จงดเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

- ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (Medical certificate)
- ☐ ใบเสร็จฉบับจริง (Receipt)
- ☐ สำเนาบัญชีธนาคาร (Bank account copy)