



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 บัณฑิตวิทยาลัย รหัสนิสิต(Student ID) 8000002002

คณะ (Faculty) บัณฑิตวิทยาลัย / GRADUATE SCHOOL

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (Telephone No.) 0801213456 E-mail g@gmail.com

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ และการรักษาพยาบาล Accident & treatment details

การเกิดอุบัติเหตุ (Description of accident) ล้ม

อาการบาดเจ็บ (Description of injury) เจ็บ

วันเกิดอุบัติเหตุ (Date of accident) 15/02/2025

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ (Place of accident) บ้าน

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการศึกษา (Place of treatment) โรงพยาบาล

ประเภทสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (Type of hospital) โรงพยาบาลรัฐ

ค่ารักษาพยาบาลรวมสุทธิ (Medical fee total amount)

ตัวเลข (in number) 1234 บาท

ตัวอักษร (in letter) หนึ่งพันสองร้อยสามสิบสี่บาทถ้วน

โปรดลงนามที่นี่ Please sign here

(นิสิต2 บัณฑิตวิทยาลัย)

วันที่ Date / /

จงดเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

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