



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.) 0955570646 E-mail deiw20@hotmail.co.th

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ และการรักษาพยาบาล Accident & treatment details

การเกิดอุบัติเหตุ (Description of accident) รถจักรยานยนต์ชน

อาการบาดเจ็บ (Description of injury) ขาหัก

วันเกิดอุบัติเหตุ (Date of accident) 07/11/2024

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ (Place of accident) ถนนพญาไท

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการศึกษา (Place of treatment) โรงพยาบาลจุฬาฯ

ประเภทสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (Type of hospital) โรงพยาบาลรัฐ

ค่ารักษาพยาบาลรวมสุทธิ (Medical fee total amount)

ตัวเลข (in number) 674.23 บาท

ตัวอักษร (in letter) หกร้อยเจ็ดสิบสี่บาทยี่สิบสามสตางค์

โปรดลงนามที่นี่ Please sign here

(นิสิต2 คณะเภสัชศาสตร์)

วันที่ Date / /

จงดเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

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