



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) นิสิต บัณฑิตวิทยาลัย รหัสนิสิต(Student ID) 8000002001

คณะ (Faculty) บัณฑิตวิทยาลัย / GRADUATE SCHOOL

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (Telephone No.) 3424 E-mail fd@fas

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ และการรักษาพยาบาล Accident & treatment details

การเกิดอุบัติเหตุ (Description of accident) dsdsg

อาการบาดเจ็บ (Description of injury) dsdsg

วันเกิดอุบัติเหตุ (Date of accident) 10/12/2024

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ (Place of accident) dsdgs

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการศึกษา (Place of treatment) dsdsg

ประเภทสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (Type of hospital) โรงพยาบาลเอกชน

ค่ารักษาพยาบาลรวมสุทธิ (Medical fee total amount)

ตัวเลข (in number) 43 บาท

ตัวอักษร (in letter) สี่สิบสามบาทถ้วน

โปรดลงนามที่นี่ Please sign here

(นิสิต บัณฑิตวิทยาลัย)

วันที่ Date / /

จงดเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

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