



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) / GRADUATE SCHOOL

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (Telephone No.) 321321321 E-mail g@gmail.com

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ และการรักษาพยาบาล Accident & treatment details

การเกิดอุบัติเหตุ (Description of accident) fdggdfs

อาการบาดเจ็บ (Description of injury) dfsgsdfs

วันเกิดอุบัติเหตุ (Date of accident) 23/01/2025

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ (Place of accident) fgdsgrdfg

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการศึกษา (Place of treatment) dfssdf

ประเภทสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (Type of hospital) โรงพยาบาลรัฐ

ค่ารักษาพยาบาลรวมสุทธิ (Medical fee total amount)

ตัวเลข (in number) 12321321 บาท

ตัวอักษร (in letter) หนึ่งสิบสองสามแสนสองหมื่นหนึ่งพันสามร้อยยี่สิบเอ็ดบาทถ้วน

โปรดลงนามที่นี่ Please sign here

(นิสิต2 บัณฑิตวิทยาลัย)

วันที่ Date / /

จงดเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้

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