



ที่ ขบ ๐๐๓๓.๑/๓๔๔๔๗



โรงพยาบาลชลบุรี
๖๔ หมู่ ๒ ถนนสุขุมวิท
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง
จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

๑ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียกเก็บค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียด จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ โรงพยาบาลอรัญประเทศ ได้ส่งสิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมาที่โรงพยาบาลชลบุรี นั้น บัดนี้โรงพยาบาลชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจและแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ โรงพยาบาลชลบุรี จึงขอเรียกเก็บค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน ๑ ราย เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท (หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย โดยโปรดชำระเงินผ่านทาง ธนาคารกรุงไทย สาขาชลบุรี ชื่อบัญชี โรงพยาบาลชลบุรี เลขที่ ๒๐๗-๑-๐๐๔๕๔-๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

☒ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

☒ เห็นควรมอบ LAB ตรวจ

☐ อื่นๆ

ขอแสดงความนับถือ

(นางบุษยา สุจิตรานุช)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

ศูนย์จัดเก็บรายได้บริการผู้ป่วยนอก

กลุ่มงานประกันสุขภาพ

โทร. ๐-๓๔๔๓-๑๓๔๗ , ๐๓๔๔-๔๓๑๔๐๑-๒

หมายเหตุ กรุณาชำระเงินภายใน ๓๐ วัน

รายงานค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ชื่อหน่วยบริการ โรงพยาบาลชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ผู้ตามจ่ายผู้ป่วยส่งต่อ ของโรงพยาบาลรัฐประเทศ

เลขที่(ใบเรียกเก็บ) : ๑๙๔๔๘/๖๕

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	หนังสือเลขที่	วันที่	รายการส่งตรวจ	จำนวนเงิน
๑.	น.ส.อำไพ โชคชัย	สภ๐๐๓๒.๓๐๓.๑/๘๘๑	๘ พ.ย ๖๕	Quadruple test	๑,๒๐๐.๐๐
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)					๑,๒๐๐.๐๐

ขอรับรองว่าค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าว ถูกต้องตามที่เรียกเก็บ

ลงชื่อ
(นางสาวกาญจนา โพธิ์เล็ก)
นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่พิมพ์/เวลา : ๒๓ ส.ค ๖๕ ๑๗:๑๒:๒๔