



ที่ สธ ๐๗๒๑/ว ๖๕๕

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖
เลขที่ ๗๖ หมู่ ๕ ตำบลอ่างศิลา
อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งอัตราค่าบริการทดสอบเครื่องมือแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๓ แผ่น
๒. ใบคำขอรับบริการ จำนวน ๕ แผ่น

ด้วยศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖ มีแผนการให้บริการกิจกรรมทดสอบมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ให้กับโรงพยาบาลภาครัฐในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖ ที่มีความประสงค์ดำเนินการทดสอบมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดยโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการทดสอบมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ นั้น

ในการนี้ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖ จึงขอแจ้งอัตราค่าบริการทดสอบเครื่องมือแพทย์ของหน่วยบริการตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ราคาในการจัดเก็บค่าบริการทดสอบเครื่องมือแพทย์ตามอัตราดังกล่าว ทั้งนี้ ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป ซึ่งหากโรงพยาบาลมีความประสงค์ขอรับบริการ ให้จัดส่งใบคำขอรับบริการตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย (๒) มายังศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖ โดยใช้อัตราค่าบริการตามประกาศข้างต้นนี้ จนกว่าจะมีการปรับอัตราค่าบริการใหม่ จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หากมีข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ นายพิชิตพร นิลโน หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๒๒๖๘ ๕๒๕๘ และนายณภูมิ เพชรรัตน์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖ ๕๙๐๙ ๒๕๖๔ หรือทาง Line official Calibration HSS๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ



เพื่อโปรดทราบ



เพื่อโปรดพิจารณา



เห็นควรมอบ.....



อื่นๆ



Line official Calibration HSS๖

กลุ่มมาตรฐานวิศวกรรมการแพทย์

โทร. ๐ ๓๘๓๙ ๗๒๓๓

โทรสาร. ๐ ๓๘๓๙ ๗๒๓๓

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : saraban-hss6@hss.mail.go.th

ขอแสดงความนับถือ

เชาวลิต นาคสวัสดิ์

(นายเชาวลิต นาคสวัสดิ์)

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖

เชงพนม

(นายราชนันท์ เชงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ
20 ต.ค. 2565



ประกาศศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖
เรื่อง อัตราค่าบริการทดสอบเครื่องมือแพทย์ของหน่วยบริการ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดอัตราค่าบริการทดสอบเครื่องมือแพทย์ของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดรายชื่อหน่วยบริการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบริจาคและทรัพย์สินบริจาคของหน่วยบริการ พ.ศ.๒๕๖๑ พ.ศ.๒๕๖๒

อาศัยอำนาจตามความในประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง อัตราค่าบริการทดสอบเครื่องมือแพทย์ของหน่วยบริการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๓ ข้อ ๔ วรรคสอง ทั้งนี้หัวหน้าหน่วยบริการสามารถกำหนดอัตราค่าบริการทดสอบเครื่องมือแพทย์ได้ตามความเหมาะสม แต่ต้องไม่เกินอัตราตามที่กำหนด เพื่อให้การกำหนดอัตราค่าบริการทดสอบเครื่องมือแพทย์ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ ๖ เป็นไปตามความเหมาะสมตามสถานะเศรษฐกิจของพื้นที่ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖ จึงขอกำหนดอัตราค่าบริการทดสอบเครื่องมือแพทย์ให้เป็นไปตามบัญชีอัตราค่าบริการทดสอบเครื่องมือแพทย์ของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖ แนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายบุญชัย พุทธินิมิตกุล)

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖

อัตราค่าบริการแนบท้ายประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง อัตราค่าบริการทดสอบเครื่องมือแพทย์
ของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๖๔

ลำดับ	รายการ		อัตราค่าบริการ (บาท)
๑	เครื่องให้สารผสม (ส่วนควบคุม)	Anaesthesia(Machine)	๒,๓๕๐
๒	เครื่องให้สารผสม (ส่วนทำไอระเหย)	Anaesthesia(Vapourizer)	๕๕๐
๓	เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า	Defibrillator	๖๐๐
๔	เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อหัวใจ	Electrocardiography (EKG)	๖๐๐
๕	เครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้า	Electrosurgical Unit	๗๒๐
๖	ตู้อบเด็ก	Infant Incubator	๙๐๐
๗	เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือด	Infusion Pumps	๖๖๐
๘	เครื่องติดตามสัญญาณชีพและการทำงานของหัวใจ	Patient Monitor	๕๘๐
๙	เครื่องช่วยหายใจ	Portable Ventilator	๙๖๐
๑๐	เครื่องให้สารละลายแบบไซริง	Syring Pump	๘๕๐
๑๑	เครื่องปั่นปัสสาวะ	Centrifuge	๕๕๐
๑๒	เครื่องฟังเสียงหัวใจเด็กในครรภ์	Drop Tone	๕๒๐
๑๓	เครื่องดูดของเหลวในกระเพาะอาหาร	Drainage Suction	๗๒๐
๑๔	เครื่องปรับอุณหภูมิแบบแห้ง	Dry Bath	๗๘๐
๑๕	เครื่องบันทึกการบีบตัวของมดลูกในหญิงตั้งครรภ์	Fetal Monitor	๘๕๐
๑๖	เครื่องวัดอัตราการไหลของก๊าซออกซิเจน	Flow meter	๕๒๐
๑๗	เครื่องปั่นเลือด	Hematocrit	๕๕๐
๑๘	เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน	Pulse Oximeter	๕๒๐
๑๙	เครื่องสายสำหรับผสมของเหลว	Rotator	๕๕๐
๒๐	เครื่องปั่นของเหลว	Serofuge	๕๕๐
๒๑	เครื่องดูดของเหลว	Suction	๕๒๐
๒๒	เครื่องดูดช่วยคลอด	Vacuum	๕๕๐
๒๓	เครื่องควบคุมอุณหภูมิแบบใช้น้ำ	Water Bath	๗๘๐
๒๔	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอนาล็อก	Analog Blood Pressure	๓๖๐
๒๕	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล	Digital Blood Pressure	๕๕๐
๒๖	เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้/วัดอุณหภูมิ	Thermometer	๓๐๐
๒๗	ตู้แช่แข็ง	Freeze Bank	๕๕๐
๒๘	เครื่องชั่งน้ำหนักผู้ใหญ่	Adult Weight	๕๕๐
๒๙	เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก	Baby Weight	๕๕๐

ลำดับ	รายการ		อัตราค่าบริการ (บาท)
๓๐	เครื่องชั่งน้ำหนักมวลสาร	Weighting Analytical Balance	๕๔๐
๓๑	เครื่องให้ความอบอุ่นแก่เด็ก	Radiant warmer	๖๖๐
๓๒	ตู้อบเพาะเชื้อ	Incubator	๗๘๐
๓๓	หม้อต้มพาราฟิน	Paraffin Bath	๕๔๐
๓๔	เครื่องวัดอุณหภูมิความชื้น	Parameter Tester	๕๔๐
๓๕	หม้อต้มผ้าประคบ	Pack Heater	๗๘๐
๓๖	เครื่องปรับแรงดัน	Oxygen Regulator	๖๖๐
๓๗	เครื่องอัลตราซาวด์รักษา	Physical Therapy Ultrasound	๖๐๐
๓๘	เครื่องปรับอุณหภูมิร่างกาย	Hypo-Hyperthermia	๙๖๐
๓๙	นาฬิกาจับเวลา	Alarm Clock	๔๒๐
๔๐	เครื่องบั่นอมัลกัม	Amalgamator	๕๔๐
๔๑	เครื่องดึง คอ และหลัง อัตโนมัติ	Traction Unit	๕๔๐
๔๒	เครื่องอัลตราซาวด์	Ultrasound	๖๐๐
๔๓	เครื่องชั่งทั่วไป	General Weight	๕๔๐
๔๔	ตู้เย็นเก็บเลือด	Blood Bank	๖๐๐
๔๕	เครื่องกระตุ้นหัวใจ	Treadmills Pacemakers	๕๔๐
๔๖	สายรัดห้ามเลือด	Pneumatic Tourniquet	๕๔๐

หมายเหตุ

* ผู้รับบริการสามารถแจ้งความประสงค์ขอรับบริการการทดสอบเครื่องมือแพทย์เป็นกรณีเร่งด่วน (Fast Track) โดยต้องชำระค่าบริการในอัตรา ๒ เท่าของอัตราค่าบริการ (การทดสอบเครื่องมือแพทย์เป็นกรณีเร่งด่วน (Fast Track) คือ การลดระยะเวลากระบวนการทดสอบเครื่องมือแพทย์จนถึงการออกใบรายงานผล ซึ่งจากเดิมใช้ระยะเวลา ๓ เดือน ให้สามารถได้รับบริการแล้วเสร็จไม่เกิน ๑๕ วัน)

ใบคำขอรับบริการ

วันที่.....

เรื่อง ขอใช้บริการทดสอบ/สอบเทียบเครื่องมือแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ชื่อหน่วยงานที่ต้องการระบุใบรายงานผลการทดสอบ และออกใบเสร็จรับเงิน(ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ).....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอใช้บริการทดสอบ/สอบเทียบเครื่องมือแพทย์ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการเครื่องมือ		ราคา	จำนวน	จุดทดสอบ/สอบเทียบ (ถ้ามี)	ผลการทบทวน (สำหรับเจ้าหน้าที่)		
๑	เครื่องให้สารผสม (ส่วนควบคุม)	Anaesthesia(Machine)	๒,๓๕๐			<input type="checkbox"/> ทำได้	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้	
๒	เครื่องให้สารผสม (ส่วนทำไอระเหย)	Anaesthesia(Vaporizer)	๕๕๐			<input type="checkbox"/> ทำได้	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้	
๓	เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า	Defibrillator	๖๐๐			<input type="checkbox"/> ทำได้	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้	
๔	เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	Electrocardiography (EKG)	๖๐๐			<input type="checkbox"/> ทำได้	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้	
๕	เครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้า	Electrosurgical Unit	๓๒๐			<input type="checkbox"/> ทำได้	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้	
๖	ตู้อบเด็ก	Infant Incubator	๔๐๐			<input type="checkbox"/> ทำได้	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้	
๗	เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือด	Infusion Pumps	๖๖๐			<input type="checkbox"/> ทำได้	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้	

ลำดับ	รายการเครื่องมือ		ราคา	จำนวน เครื่อง	จุดทดสอบ/สอบเทียบ (ถ้ามี)	ผลการทบทวน (สำหรับเจ้าหน้าที่)
๘	เครื่องติดตามสัญญาณชีพและการทำงานของหัวใจ	Patient Monitor	๔๘๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๙	เครื่องช่วยหายใจ	Portable Ventilator	๙๖๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๑๐	เครื่องให้สารละลายแบบปั๊ม	Syring Pump	๘๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๑๑	เครื่องปั่นปัสสาวะ	Centrifuge	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๑๒	เครื่องฟังเสียงหัวใจเด็กในครรภ์	Drop Tone	๔๒๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๑๓	เครื่องดูดของเหลวในกระเพาะอาหาร	Drainage Suction	๗๒๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๑๔	เครื่องปรับอุณหภูมิแบบแห้ง	Dry Bath	๗๘๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๑๕	เครื่องบันทึกการบีบตัวของมดลูกในหญิงตั้งครรภ์	Fetal Monitor	๘๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๑๖	เครื่องวัดอัตราการไหลของก๊าซออกซิเจน	Flow meter	๔๒๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๑๗	เครื่องปั่นเลือด	Hematocrit	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๑๘	เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน	Pulse Oximeter	๔๒๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๑๙	เครื่องส่ายสำหรับผสมของเหลว	Rotator	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๒๐	เครื่องปั่นของเหลว	Serofuge	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๒๑	เครื่องดูดของเหลว	Suction	๔๒๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๒๒	เครื่องดูดช่วยคลอด	Vacuum	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้

ลำดับ	รายการเครื่องมือ		ราคา	จำนวน เครื่อง	จุดทดสอบ/สอบเทียบ (ถ้ามี)	ผลการทบทวน (สำหรับเจ้าหน้าที่)
๒๓	เครื่องควบคุมอุณหภูมิแบบใช้น้ำ	Water Bath	๗๘๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๒๔	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอนาล็อก	Analog Blood Pressure	๓๖๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๒๕	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล	Digital Blood Pressure	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๒๖	เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้/วัดอุณหภูมิทั่วไป	Thermometer	๓๐๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๒๗	ตู้แช่แข็ง	Freeze Bank	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๒๘	เครื่องชั่งน้ำหนักผู้ใหญ่	Adult Weight	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๒๙	เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก	Baby Weight	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๓๐	เครื่องชั่งน้ำหนักมวลสาร	Weighting Analytical Balance	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๓๑	เครื่องให้ความอบอุ่นแก่เด็ก	Radiant warmer	๖๖๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๓๒	ตู้อบเพาะเชื้อ	Incubator	๗๘๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๓๓	หม้อต้มพาราฟิน	Paraffin Bath	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๓๔	เครื่องวัดอุณหภูมิความชื้น	Parameter Tester	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๓๕	หม้อต้มผ้าประคบ	Pack Heater	๗๘๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๓๖	เครื่องปรับแรงดัน	Oxygen Regulator	๖๖๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๓๗	เครื่องอัลตราซาวด์รักษา	Physical Therapy Ultrasound	๖๐๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้

ลำดับ	รายการเครื่องมือ	ราคา	จำนวน เครื่อง	จุดทดสอบ/สอบเทียบ (ถ้ามี)	ผลการทบทวน (สำหรับเจ้าหน้าที่)
๓๘	เครื่องปรับอากาศอุณหภูมิร่างกาย	๙๖๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๓๙	นาฬิกาจับเวลา	๕๒๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๔๐	เครื่องปั่นนมอัตโนมัติ	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๔๑	เครื่องดึง คอ และหลัง อัตโนมัติ	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๔๒	เครื่องอัลตราซาวด์วินิจฉัย	๖๐๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๔๓	เครื่องชั่งทั่วไป	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๔๔	ตู้เย็นเก็บเลือด	๖๐๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๔๕	เครื่องกระตุ้นหัวใจ	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๔๖	สายวัดความเลือด	๕๔๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๔๗	เครื่องวัดอุณหภูมิห้อง	๓๐๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้
๔๘	เครื่องวัดอุณหภูมิตู้เย็น	๓๐๐			<input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้

ข้าพเจ้าขอยอมรับดำเนินการตามคู่มือปฏิบัติงานด้านการทดสอบ/สอบเทียบของทางศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ที่กำหนดไว้ และยินยอมชำระค่าบริการตามอัตราที่กำหนดทุกประการ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อผู้มีอำนาจ.....ผู้ขอรับบริการ
(.....)

ส่งท้ายศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 จังหวัดฉะเชิงเทรา

สรุปผลการทบทวน ☐ มีความพร้อมรับงาน(ไปตรวจ/ยื่นคำดำเนินการ) ☐ ไม่พร้อมและปฏิเสธ เนื่องจาก

.....

- คำบริการโดยประมาณ.....บาท กำหนดงานเสร็จโดยประมาณวันที่.....
- ☐ สามารถดำเนินการได้: จำนวน.....รายการ
- ☐ ไม่สามารถดำเนินการได้: จำนวน.....รายการ
- ☐ ไม่สามารถดำเนินการได้แบบมีเงื่อนไข: จำนวน.....รายการ

.....

ลงชื่อ

อนุมัติ

(.....)

หัวหน้ากลุ่มมาตรฐานวิชาการแพทย์

(.....)

...../...../.....

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

...../...../.....

ส่งท้ายโรงพยาบาลยืนยันขอรับบริการ

โรงพยาบาลยืนยันขอรับบริการการทดสอบ/สอบเทียบ เครื่องมือแพทย์
ตามรายการเครื่องมือ ที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ได้ทบทวนแล้วนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

*หมายเหตุ ลงชื่อต่อเมื่อศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ได้ทบทวนแล้วเท่านั้น