

สำคัญ นักศึกษาทุกคนต้องกรอกและส่งเอกสารชุดนี้ เพื่อการตรวจสอบของมหาวิทยาลัย

1. นักศึกษาที่มีสิทธิเบิกจ่ายตรงของผู้ปกครอง มหาวิทยาลัยจะทำการเปลี่ยนสิทธิเมื่อนักศึกษาอายุครบ 20 ปี
2. นศ. ที่มีสิทธิ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลอื่นๆ หรือ สิทธิประกันสังคม
 - 2.1. นศ. ควรย้ายมาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการและเพื่อสิทธิประโยชน์ของ นศ.
 - 2.2. นศ. ที่ไม่ประสงค์ย้ายหน่วยบริการมาโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ขอให้เขียนข้อความว่า “*ไม่ประสงค์ย้ายหน่วยบริการ” ที่มุมด้านบนขวาของแบบฟอร์ม โดยไม่ต้องลงชื่อแต่ให้ส่งมหาวิทยาลัยเพื่อตรวจสอบ
3. นศ. ที่มีสิทธิอื่นๆ เช่น สิทธิของพนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม และอื่นๆ ขอให้เขียนที่มุมบนขวาของแบบฟอร์มด้วยว่า “ปัจจุบันมีสิทธิ....(ใส่ชื่อสิทธิที่ตนมี)....อยู่” ก่อนจัดส่งให้มหาวิทยาลัย

* หาก นศ. ไม่ได้ดำเนินการตามข้างต้น สามารถติดต่อเปลี่ยนแปลงสิทธิได้ภายในเดือนแรกของการเปิดปีการศึกษา ที่ “กองกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้น 3 ศูนย์การเรียนรู้มหิดล ศาลายา”

ให้นักศึกษาใหม่ ดำเนินการขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาลดังนี้

1. พิมพ์แบบฟอร์มประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เอกสารที่มี 3 ส่วน) โดยดำเนินการดังนี้
 - 1.1. นักศึกษาที่สามารถเบิกจ่ายตรงจากสิทธิของผู้ปกครองได้ ให้สังเกตที่แบบฟอร์มตรงมุมซ้ายด้านล่าง จะมีข้อความว่า “รอเปลี่ยนสิทธิอายุ 20 ปี” ปรากฏอยู่ หากไม่พบให้นักศึกษากลับไปแก้ไขตรวจสอบข้อมูลตนเองใน e-profile ให้ถูกต้อง
 - 1.2. ตรวจสอบรายละเอียดในส่วนที่ 1 ข้อที่ 1 จากที่ระบบเพิ่มให้ว่าถูกต้องหรือไม่ หากไม่มีที่ยื่นให้นักศึกษากรอกข้อมูลใน e-profile แล้วบันทึกพร้อมดาวน์โหลดแบบฟอร์มใหม่อีกครั้ง
 - 1.3. ที่อยู่แบบฟอร์มจะเป็นที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน “ไม่จำเป็นต้องเป็นที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร”
 - 1.4. ช่องว่างของส่วนที่ 1 กรอกรายละเอียดเท่าที่กรอกได้ “ถ้าไม่ทราบไม่ต้องกรอก”
 - 1.5. ส่วนที่ 1 ข้อที่ 3 และ 4 ไม่ต้องกรอกข้อมูลใดๆ “มหาวิทยาลัยจะดำเนินการเอง”
 - 1.6. ลงชื่อนักศึกษาในส่วนที่ 1 ข้อที่ 5 (เฉพาะผู้เข้าศึกษา) หากนักศึกษาไม่สามารถลงชื่อได้เองทุกกรณี ให้ผู้ปกครองลงชื่อในช่องผู้ลงทะเบียนแทนได้
 - 1.7. ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ไม่ต้องกรอกรายละเอียดใดๆ
2. ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่มหาวิทยาลัยแจ้ง โดยเอกสารที่ต้องส่งประกอบด้วย 2.1 – 2.3
 - 2.1. สำเนาทะเบียนบ้าน (ที่มีชื่อผู้เข้าศึกษา) 1 ฉบับ ไม่จำเป็นต้องอยู่ในกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองสำเนา
 - 2.2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนา
 - 2.3. กรณีผู้ปกครองลงทะเบียนแทน ส่งเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
 - 2.3.1. สำเนาทะเบียนบ้าน (ที่มีชื่อผู้ลงทะเบียนแทน) 1 ฉบับ ไม่จำเป็นต้องอยู่ในกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองสำเนา
 - 2.3.2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ลงทะเบียนแทน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนา

หมายเหตุ นักศึกษาสามารถสอบถามว่าเอกสารที่จัดส่งถึงหรือไม่ ได้ที่คณะที่ตนเข้าศึกษา

สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ :

* วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 09.00 – 16.30 น. วันและเวลาราชการ ติดต่อที่หมายเลข 0 2849 4503 หรือ e-mail : thaworn.lao@mahidol.edu หรือ กองกิจการนักศึกษา ชั้น 3 ศูนย์การเรียนรู้มหิดล

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px 20px; margin: 0 auto;">ส่วนที่ ๑</div>	
หน่วยรับคำร้อง.....	รหัสนักศึกษา.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	หลักสูตร..... คณะ.....

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ด.ช., ด.ญ.)

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ

○ ใกล้ที่ทำงาน

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....ร.พ.ศิริราช.....

(.....)

ส่วนที่ ๒

หลักฐานที่ใช้ยืนยันแบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี) ผู้ปกครองเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง และแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองด้วย
2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

(.....)

ส่วนที่ ๓

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สถานที่ผู้รับรอง

☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้มาชุมชน ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
☐ อาสาสมัครสาธารณสุข ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

பெயர்/தேர்வு/பெயர்/தேர்வு.....

แบบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

ตรวจแผนก.....

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> เลขที่ใบต่างด้าว ประเทศ	เพื่อประโยชน์ต่อตัวท่าน โปรดแจ้งประวัติการแพ้ (ยา/อาหาร / สารเคมี / สารที่บ่งชี้) <input type="checkbox"/> ไม่เคยแพ้ <input type="checkbox"/> แพ้ (ระบุ)
---	--

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ ด.ช. ☐ ด.ญ. ☐ อื่น ๆ
 (ชื่อภาษาไทย) ชื่อนามสกุล.....
 (ชื่อภาษาอังกฤษ) First Name.....Middle NameLast Name
 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน เดือน พ.ศ. เกิด/...../..... อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด ประเทศ
 อาชีพ.....ตำแหน่ง/หน้าที่.....

สัญชาติ	ศาสนา	สถานภาพการสมรส	การศึกษา
<input type="checkbox"/> ไทย	<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> จีน	<input type="checkbox"/> คริสต์	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> ปวช./ ปวส./อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ปริญญาโท
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> ปริญญาเอก <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อมารดาผู้ป่วย.....ชื่อบิดาผู้ป่วยชื่อสามี / ภรรยา.....

บ้านเลขที่ (ที่ติดต่อได้) หมู่ซอย..... ถนน ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	โทรศัพท์ ที่บ้าน ที่ทำงาน มือถือ Email
--	---

ชื่อผู้ติดต่อ เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย บ้านเลขที่ (ที่ติดต่อได้) หมู่ซอย..... ถนน ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	โทรศัพท์ ที่บ้าน ที่ทำงาน มือถือ Email
--	---

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลรามาธิบดีตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพและข้อมูลประวัติของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้อง หรือไม่ตรงกับความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ
- ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลประวัติการรักษาของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย หรือการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลฯ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวแล้ว จึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ)..... ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ / ผู้นำส่ง

(.....)

วัน / เดือน / ปี.....



โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบฟอร์มขอมีเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่

เพื่อความถูกต้องและรวดเร็ว กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วน

หลักสูตร.....
คณะ.....
รหัสนักศึกษา.....

☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ ด.ช. ☐ ด.ญ. อื่นๆ ระบุ.....
ชื่อ-นามสกุล..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประชาชนผู้ป่วย.....สถานะภาพครอบครัว ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย ☐ แยก
สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....

ประเภทสิทธิในการรักษาพยาบาล

☐ จ่ายเงินเอง ☐ เบิกกรมบัญชีกลาง ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ บัตรทอง ระบุชื่อรพ.....
☐ บัตรประกันสังคม ระบุชื่อรพ..... ☐ นักศึกษา ม.มหิดล คณะ.....
☐ อื่นๆ ระบุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

ชื่อ-สกุล บิดาของผู้ป่วย.....ชื่อ-สกุล มารดาของผู้ป่วย.....
ชื่อ-สกุลคู่สมรสของผู้ป่วย.....
ชื่อผู้ติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องกับความจริงทุกประการ อนึ่ง ข้าพเจ้านุญาตให้เปิดเผย
ผลการรักษา เพื่อนำไปใช้ประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและ
อาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุก
ประการ

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้นำข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อาทิเช่น ประวัติ การ
รักษา และภาพรังสีไปใช้ประกอบการเรียน การสอน การวิจัย และเผยแพร่เชิงวิชาการ

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย / ผู้ให้ข้อมูล (เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย) วันที่.....



เอกสารลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

H.N.

โปรดกรอกข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ให้ครบถ้วนคำนำหน้า (Prefix) ☐ นาย (Mr.) ☐ นาง (Mrs.) ☐ นางสาว (Miss) ☐ ด.ช. (Boy) ☐ ด.ญ. (Girl) ☐ อื่นๆ (Other)

ชื่อ/นามสกุลภาษาไทย

เพศ (Gender) ☐ ชาย (Male) ☐ หญิง (Female)

English Name/ Surname.....

สถานภาพสมรส (Marital Status)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (ID CARD NO / Passport NO)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ โสด (Single) ☐ สมรส (Married) ☐ แยก (Separated)☐ หย่า (Divorced) ☐ หม้าย (Widowed) ☐ นักบวช (Priest)

วัน/เดือน/ปีเกิด (Date of birth) อายุ (Age) ปี

เชื้อชาติ (Race) สัญชาติ (Nationality).....

จังหวัดที่เกิด (City of birth)

ศาสนา (Religion)..... หมู่เลือด (Blood group).....

บิดา (Father's Name)

อาชีพผู้ป่วย (Occupation).....

มารดา (Mother's Name)

คู่สมรส (Couple)

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (Permanent Address)

เลขที่ (Address) หมู่ (Moo)/หมู่บ้าน (Village)..... ซอย (Soi).....

ถนน (Street)..... ตำบล/แขวง (Sub District)..... อำเภอ/เขต (District)

จังหวัด (City)..... รหัสไปรษณีย์ (Postal Code).....

โทรศัพท์ (Telephone)..... โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.)..... อีเมล (E-mail).....

ที่อยู่ปัจจุบัน (Present Address) ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (Same as Permanent Address) ☐ อื่นๆ ระบุ (Other Specify)

เลขที่ (Address) หมู่ (Moo)/หมู่บ้าน (Village)..... ซอย (Soi).....

ถนน (Street)..... ตำบล/แขวง (Sub District)..... อำเภอ/เขต (District)

จังหวัด (City)..... รหัสไปรษณีย์ (Postal Code)..... โทรศัพท์ (Telephone).....

ผู้ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน (In Case Of Emergency contact)

ผู้ติดต่อได้เกี่ยวข้องเป็น (Relationship) ☐ บิดา (Father) ☐ มารดา (Mother) ☐ คู่สมรส (Couple) ☐ บุตร (Child)☐ญาติ (Relative) ☐ ผู้ปกครอง (Guardian) ☐ นายจ้าง (Employer) ☐ อื่นๆ (Other)ที่อยู่ผู้ติดต่อได้ (Address) ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (Same as Permanent Address) ☐ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน (Same as Present Address)☐ อื่นๆ ระบุ (Other Specify).....

..... โทรศัพท์ (Telephone)..... โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.).....

สิทธิการรักษา (Financial right)

☐ ผู้ป่วยทั่วไป (ชำระเงินเอง Cash payments)☐ ต้นสังกัด (Agency) ชื่อหน่วยงานกรม/กอง.....☐ รัฐวิสาหกิจ (State Enterprise) ชื่อหน่วยงาน.....☐ ประกันสังคม (Social Security) ชื่อรพ.....☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme) ชื่อรพ.....☐ นักศึกษาม.มหิดล (Student Mahidol) คณะ/วิทยาลัย.....☐ อื่นๆ โปรดระบุ (Other Specify)

ประวัติแพ้ยา (Drug Allergy)

☐ ไม่แพ้ (No Allergic)☐ แพ้ โปรดระบุชื่อยา (Yes Specify)

โรคประจำตัว (Chronic Diseases)

☐ ไม่มี (No Diseases)☐ มี โปรดระบุชื่อโรค (Yes Specify).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลบุคคลทั้งหมดนี้ ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการและยินยอม
ให้ตรวจสอบฐานข้อมูลภาครัฐ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียน
ในการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตรวจคลินิก.....เวลา.....น.

ลงชื่อ (Signature) ☐ ผู้ป่วย (Patient) ☐ญาติ/ผู้นำส่ง (Relative)



รูปถ่าย

บัตรสุขภาพนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล

เข้าศึกษาระดับ

- ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี
☐ ปริญญาตรี
☐ บัณฑิตศึกษา

ส่วนงาน.....

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี
วันเดือนปีเกิด..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
ที่อยู่ตามภูมิลำเนา..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
ชื่อบิดา..... ☐ มีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....
ชื่อมารดา..... ☐ มีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....
ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....
ผู้ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน (สามารถระบุได้มากกว่า 1 คน)
1)..... เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....
2)..... เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....
3)..... เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....
เคยเดินทางไป..... (ต่างประเทศ) เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
มีความบกพร่องทาง..... โดยมีอุปสรรคที่ใช้อยู่..... สำหรับช่วยเหลือ

ข้อมูลด้านสุขภาพ

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
ดัชนีมวลกาย (BMI).....
(ข้อมูล ณ วันที่.....)
หมู่เลือด.....โรคประจำตัว.....
ประวัติการแพ้ยา.....
ประวัติความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็ง ทาลัสซีเมีย เม็ดเลือดแดงแตกง่าย เลือดออกง่าย).....
เคยรับวัคซีน.....

สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนบุคคล

- ☐ ข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง)
☐ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (เทศบาล, อบต., อบจ. ฯลฯ)
☐ รัฐวิสาหกิจ
☐ ประกันสังคม
☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
☐ สิทธิผู้พิการ
☐ อื่นๆ.....

(ณ วันที่.....)

แผนการรักษาของนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล

รหัสประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--

หลักสูตร

--	--	--	--

 /

--

ผ่านที่.....

[illegible]

หมายเหตุ ตัวอย่างช่องหมายเหตุให้กรอกผลการตรวจห้องปฏิบัติการ, ส่งไปตรวจที่ใด, แพทย์อะไรบ้าง, นัดทำการตรวจ
ต่อเมื่อใด, ตรวจอะไรบ้าง ฯลฯ

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝากส่ง

☐☐☐☐☐

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝากส่ง

☐☐☐☐☐

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ

☐☐☐☐☐