

แบบคำร้องขอขึ้นทะเบียน/ ย้ายหน่วยบริการประจำ
สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง)
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ส่วนที่ 1 สำหรับ นิสิต มศว.

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
เลขที่บัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ติดต่ได้ที่.....

สถานภาพการศึกษา (ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก)

☐ ประณัติ

☐ ประณัติโท

☐ ประณัติเอก

คณะ.....ประจำปีการศึกษา.....

ประสงค์ย้ายหน่วยบริการประจำมาเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติกับศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

☐ สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 แผ่น

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
...../...../.....

ส่วนที่ 2 สำหรับส่วนกิจการนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นนิสิต
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตามข้อมูลที่แจ้งข้างต้นจริง

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
...../...../.....

ส่วนที่ 3 สำหรับงานสิทธิประโยชน์และจัดเก็บรายได้ ศปช.

ได้รับแบบคำร้องขอขึ้นทะเบียน/ ย้ายหน่วยบริการประจำพร้อมสำเนาบัตรประชาชนเรียบร้อยแล้ว
เมื่อวันที่.....และบันทึกข้อมูลลงระบบวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ
(.....)