

แบบฟอร์มการขอเบิกน้ำยา CAPD มากกว่า 124 ถัง : เดือนหรือ 248 ถัง : 2 เดือน

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการกองทุนโรคไตวาย

เรื่อง ขอลด lock โปรแกรม DMIS เพื่อเบิกน้ำยา CAPD มากกว่า 124 ถัง : เดือนหรือ 248 ถัง : 2 เดือน

โรงพยาบาล : HCODE :

จังหวัด : สปสช.เขต :

ลำดับ ที่	ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย	เลขบัตรประชาชน	เหตุผลในการเบิกเพิ่ม
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
รวม		_____ (คน)	

ผู้แจ้งข้อมูล

.....
(.....)

ตำแหน่ง

โทร.....

หมายเหตุ : ส่งแบบฟอร์มขอปลดล็อกการเบิกน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) มาที่

mail : chinnakrit.t@nhs.go.th , pramoat.y@nhs.go.th , suchada.s@nhs.go.th

CC : PM โรคไต สปสช.เขต