



## แบบฟอร์มรับทรัพย์สินคืนของผู้ป่วย โรงพยาบาลสุทธาเวช

\*\*\*\*\*

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

เวลา..... น.

ข้าพเจ้าชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....  
 บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....  
 จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

เกี่ยวข้องกับ.....กับผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี  
 เลขบัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบรายการและจำนวนทรัพย์สินของผู้ป่วยรายนี้ด้วยตนเองอย่างละเอียดแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้องครบถ้วน ตามรายการและจำนวนในแบบฟอร์มบันทึกรายการทรัพย์สินโรงพยาบาลสุทธาเวช เลขที่...../.....  
 เรียบร้อยแล้ว จึงขอรับทรัพย์สินของผู้ป่วยรายนี้ และให้คำมั่นว่าจะไม่ตีใจเรียกร้อง ค่าเสียหายใคร ๆ  
 จากโรงพยาบาลสุทธาเวช

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า มิได้มีผู้ใดกระทำใด ๆ ซึ่งเป็นการให้คำมั่นสัญญา ชูเชิญ หลอกลวง บังคับหรือ  
 กระทำโดยมิชอบไม่ว่าด้วยประการใด เพื่อจูงใจให้ข้าพเจ้ารับทรัพย์สินของผู้ป่วยรายนี้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน  
 ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ส่งมอบทรัพย์สิน      ลงชื่อ.....ผู้รับทรัพย์สิน

(.....)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....หัวหน้าเวร/หัวหน้าหน่วย

(.....)

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้างาน

(.....)

## หมายเหตุ

- ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับทรัพย์สิน ที่ลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องเรียบร้อยแล้วจำนวน 1 ชุด
- ลงชื่อผู้ส่งมอบทรัพย์สิน, ผู้รับทรัพย์สิน, พยาน, หัวหน้าเวร/หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้ากลุ่มงาน ให้เรียบร้อยทุกครั้ง ก่อนส่งมอบทรัพย์สินให้แก่ผู้รับทรัพย์สิน
- เก็บเอกสารไว้ในแฟ้ม (ของหน่วยงาน)