ใบขออนุญาตให้ใช้รถพยาบาล สำหรับรับ-ส่งผู้ป่วย
โรงพยาบาลสิรินธร

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... ...สังกัด.....
ฝ่าย/สาขา/กลุ่มงาน.....ขอใช้รถพยาบาล (ไปสถานที่ใด)..... .....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... ระยะทาง.....กิโลเมตร
เพื่อ ☐ ส่งกลับตามสิทธิการรักษา ☐ ส่งไปรักษาต่อ/รับกลับ ☐ รับมารักษาต่อ ☐ ส่งกลับบ้าน ☐ อื่นๆ.....
ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ระหว่างเวลา..... น.
คนไข้ชื่อ..... HN ..... AN .....
โดยขอยกเว้นค่าบริการเนื่องจาก..... .....
โดยเรียกเก็บค่าบริการตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร ข้อ 4(14) ค่าบริการอื่นๆ

อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้

☐ O_2
☐ เครื่องช่วยหายใจ
☐ INFUSION PUMP
☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้รถ
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้รับรองการขอใช้รถ
(.....)

อนุมัติการใช้รถพยาบาลโดย

☐ ยกเว้นค่าบริการตามเสนอ
☐ เรียกเก็บค่าบริการตามระเบียบ
☐ ศูนย์ประกันสุขภาพดำเนินการเบิกค่ายานพาหนะในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจอนุมัติ
(.....)

รายงานการใช้รถพยาบาล

ข้าพเจ้า.....ขับรถหมายเลขทะเบียน.....เลขข้างรถ.....
วันที่ใช้รถ.....เดือน.....พ.ศ..... รถออกเวลา.....น. เลขไมล์ก่อนออกรถ..... .....
รถกลับถึงโรงพยาบาลเวลา..... น. เลขไมล์..... ระยะทาง.....กิโลเมตร

ลงชื่อ.....พนักงานขับรถยนต์
(.....)

ข้าพเจ้าผู้ใช้รถขอรับรองว่าได้ใช้รถคันนี้ตามที่พนักงานขับรถได้บันทึกรายการใช้รถข้างล่างนี้จริงและถูกต้อง

ลงชื่อ.....
ลายมือชื่อผู้ใช้รถ

หมายเหตุ **ผู้ขอใช้รถ** - พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคนไข้
ผู้รับรอง - หัวหน้าหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรับส่งต่อ/หัวหน้าตึก/ผู้ตรวจการ/หัวหน้ากลุ่มงาน
ผู้อนุมัติ - ในเวลาราชการ หัวหน้ากลุ่มงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรับส่งต่อ หรือรักษาการในตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานฯ ลำดับที่ ๑ หรือลำดับที่ ๒
นอกเวลาราชการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการ
ผู้ใช้รถ - พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ไปกับรถ