

โรงพยาบาลยางสีสุราช

ที่อยู่ ๑๒๖ หมู่ ๒ ต.ยางสีสุราช

อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

ที่ มค.๐๐๓๒.๓๐๑/๑๑/

 ๒๕๖๓

เรื่อง ขอติดตามหนี้ค่ารักษาพยาบาลค้างชำระ

เรียน นาย/นาง/นางสาว.................................................................

 ตามที่ท่านมาใช้บริการแผนก.....................................................ในวันที่.......................................เพื่อ/ผลการวินิจฉัยเป็น...........................................................................และได้ค้างชำระค่าบริการทางการแพทย์ไว้

 เพื่อให้โรงพยาบาลยางสีสุราชมีเงินทุนหมุนเวียน สามารถซื้อ ยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์อื่นได้ จึงใคร่ขอให้ท่านชำระค่าบริการวันดังกล่าวเป็นเงิน...........................................อนึ่งหากท่านชำระค่าบริการแล้วทางโรงพยาบาลยางสีสุราชต้องขออภัยไว้ ณ โอกาสนี้ และขอให้ท่านนำใบเสร็จรับเงินมาติดต่อที่ศูนย์บัตรประกันสุขภาพ โรงพยาบาลยางสีสุราช ติดต่อสอบถาม **นางมยุรฉัตร อุทปา ๐๘๕- ๒๘๐-๒๕๐๗**

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการ

(นายภาคภูมิ อินทร์ม่วง)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางสีสุราช

 มยุรฉัตร อุทปา

ศูนย์บัตรประกันสุขภาพ

โรงพยาบาลยางสีสุราช

๐๙๗-๒๓๒๙๗๖,๐๘๕๒๘๐๒๕๐๗