

## แบบฟอร์มข้อมูลของผู้รับบริการภายนอก

## ศูนย์บริการธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่นๆ

ชื่อ - สกุล :

ตำแหน่ง :

ใบประกอบวิชาชีพเลขที่ :

สังกัดหน่วยงาน/สาขา/ภาควิชา :

โรงพยาบาล / คลินิก :

เบอร์โทรศัพท์ ที่ทำงาน :

มือถือ :

E - mail :

การนำส่งตัวอย่าง : ☐ นำส่งด้วยตัวเอง ☐ ทางไปรษณีย์ ☐ อื่นๆการรับใบรายงานผล : ☐ นำส่งด้วยตัวเอง ☐ ทางไปรษณีย์

กรณีต้องการทราบการรายงานผลแบบเร่งด่วนและ/หรือการรายงานผลคู่เสี่ยงธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

ต้องการรับทราบข้อมูลทาง E - mail :

ลายมือชื่อ

(ผู้รับบริการ)

\*\*กรุณาส่งแบบฟอร์มกลับมายังศูนย์บริการธาลัสซีเมีย\*\*

ศูนย์บริการธาลัสซีเมีย ชั้น 2 อาคารพิเคราะห์และบำบัดโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

เลขที่ 19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา 56000

E-mailศูนย์บริการธาลัสซีเมีย : Upthal.report@gmail.com