#### **ORIGINAL**

วันที่ประกาศใช้ 30 มิถุนายน 2566 แก้ไขครั้งที่ 00 หน้า 1/1

#### Documents & Data Control

**CONTROLLED COPY No.1** 

THAL-FM-SP-009/04
ลำดับที่

# แบบฟอร์มข้อมูลของผู้รับบริการภายนอก

# ศูนย์บริการธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูลใ	ห้ครบถ้วนและชัดเจน			
คำนำหน้าชื่อ 🛭 นาย	ย 🗖 นางสาว	🗆 นาง 🗆 อื่นๆ		
ชื่อ - สกุล :				
ตำแหน่ง :		ใบประกอบวิชาชีพเลขที่ :		
สังกัดหน่วยงาน/สาขา/ภาควิจ	ชา :			
โรงพยาบาล / คลินิก :	1818111111111			
เบอร์โทรศัพท์ ที่ทำงาน :	7777444444	มือถือ :		
E - mail :				
การนำส่งตัวอย่าง :	🗖 นำส่งด้วยตัวเอง	🗖 ทางไปรษณีย์	🗆 อื่นๆ	
การรับใบรายงานผล :	🗖 นำส่งด้วยตัวเอง	🗖 ทางไปรษณีย์	WWW.ALGORIUMARAA	
กรณีต้องการทราบการรายงาง	นผลแบบเร่งด่วนและ/ห	ารือการรายงานผลคู่เสี่ยงธาลัสซีเมียชา์	นิดรุนแรง	
ต้องการรับทราบข้อมูลทาง	E - mail :			
	пистия.			
		ลายมือชื่อ		
		30000000000000000000000000000000000000	(ผู้รับบริการ)	

# \*\*กรุณาส่งแบบฟอร์มกลับมายังศูนย์บริการธาลัสซีเมีย\*\*

ศูนย์บริการธาลัสซีเมีย ชั้น 2 อาคารพิเคราะห์และบำบัดโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา 56000

E-mailศูนย์บริการธาลัสซีเมีย : Upthal.report@gmail.com