**เลขที่ Refer**.................................

**ใบขออนุญาตใช้รถยนต์พยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย**

**วันที่**.....................................................

**เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดนครนายก**

 **ข้าพเจ้า**......................................................................... **ตำแหน่ง** ....................................................

**หน่วยงาน**................................................................... ขออนุญาตใช้รถยนต์พยาบาลเพื่อส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่

**โรงพยาบาล**..............................................................

**โดยมีเจ้าหน้าที่ ดังนี้**

1.ชื่อ – สกุล............................................................... พยาบาลเวร หน่วยงาน.....................................................

2.ชื่อ – สกุล............................................................... พยาบาลเวร หน่วยงาน.....................................................

3.ชื่อ – สกุล............................................................... พยาบาลเวร หน่วยงาน.....................................................

4.ชื่อ – สกุล............................................................... พนักงานขับรถยนต์ หมายเลขทะเบียน............................

**ชื่อ – สกุล ผู้ป่วย**................................................................ **อายุ**............. ปี **HN**.....................................

**หอผู้ป่วย**....................................................... **การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น**................................................................

**สิทธิการรักษา**................................................................. **ประเภทผู้ป่วย**.............................................................

**เหตุผลการส่งต่อ**..................................................................................................................................................

**ลงชื่อ**........................................................ ผู้ขออนุญาต (พยาบาล)

 (......................................................)

 .......................................................

 **ความเห็นชอบ**

 อนุมัติ ไม่อนุมัติ

 ลงชื่อ........................................................... แพทย์เวร

 (..............................................................)

 ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดนครนายก