

**ใบขอรับบริการ (Service Request Form)**

QN:…….……..……..

ลงชื่อ..........................................

........ /........... /........

ลงชื่อ..........................................

....... /........... /........

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน SICRES

ชื่อผู้ให้บริการ (SICRES)

ลงชื่อ..........................................

วันที่....... /........... /........ เวลา..............

สำหรับผู้ขอรับบริการ

ลงชื่อ..........................................

....... /........... /........

ชื่อ-สกุล............................................................................

HN: .................................................................................อายุ...................ปี

OPD/IPD..........................................................................

(ติดสติ๊กเกอร์)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ข้อมูลผู้ขอรับบริการ (ข้อมูลสำหรับออกใบเสร็จรับเงิน)** | | |
| ชื่อ/รหัสโครงการ......................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | |  | |
| ที่อยู่......................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  สำหรับเจ้าหน้าที่ SICRES | |  | |
|  |
| โทรศัพท์.................................................................................................................................................. | |  | |
| เลขประจำตัวผู้เสียภาษี…………………………………………………………………………………………………………….  **อ้างอิง :  ประกาศ  บันทึกอนุมัติ เลขที่** .......................ฉบับที่ ..................... | |  | |

**รหัส Company S009: รหัสCost Center 91000001: รหัสบัญชี  42301020-SV  42301010-CTSV/BE :**  **เงินสด  เงินโอน เลขที่ใบเสร็จ****..............................................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **รายการ** | **วัน/เดือน/ปี**  **ที่ใช้บริการ** | **อัตราค่าบริการ**  **(ต่อหน่วย)** | **หน่วย** | **จำนวนหน่วย** | **รวม** |
|  | ค่าบริการเตียง (ไม่รวมอาหาร) |  | 1,500 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการห้องพักแพทย์ |  | 600 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการห้องพักพยาบาล |  | 600 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่บริการเครื่องวัดความดันโลหิต |  | 300 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการเครื่อง pulse oxymeter |  | 300 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) |  | 400 | บาท/ครั้ง |  |  |
|  | ค่าบริการเครื่อง holter monitor |  | 2,500 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการ Emergency cart (oxygen, defibrilator, EKG monitor, เครื่องช่วยใส่ท่อหายใจ,เครื่องดูดเสมหะ) |  | 5,000 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการเครื่องดูดเสมหะ (mobile) |  | 1,000 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการ infusion pump |  | 500 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการเครื่อง syringe pump |  | 500 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการห้องตรวจ  (พร้อม stethoscope,oto / ophthalmoscope+ไฟฉาย+ไม้กดลิ้น) |  | 300 | บาท/ชั่วโมง |  |  |
|  | ค่าบริการเครื่อง EKG monitor |  | 1,200 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (BP+pulse oxymeter+EKG) |  | 1,500 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการเครื่อง Defibrilator) |  | 500 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าเครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง (แสดงผล BMI ได้) |  | 500 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการห้องประชุมใหญ่ (จอพร้อมเครื่อง  projector, wifi, ปลั๊กต่อสาย LAN จำนวน 4 จุด) |  | 500 | บาท/ชั่วโมง |  |  |
|  | ค่าบริการห้องประชุมย่อย (wifi, ปลั๊กต่อสาย LAN จำนวน 1 จุด) |  | 200 | บาท/ชั่วโมง |  |  |
|  | ค่าบริการ Monitor station |  | 100 | บาท/ชั่วโมง |  |  |
|  | ค่าบริการเก็บยาใน Refrigerator 2-8 oC  ขนาด 30x75x75 (cm.) |  | 200 | บาท/ชั้น/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการเก็บยาใน Refrigerator 15-25 oC  ขนาด 25x50x45 (cm.) |  | 100 | บาท/ชั้น/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการเก็บยาในตู้ไม้ 3 ชั้น ขนาด 23x65x30 (cm.) |  | 50 | บาท/ตู้/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการเก็บยาในตู้กระจกเก็บสารและ ดูดความชื้นขนาด 24x50x45 (cm.) |  | 100 | บาท/ชั้น/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการเก็บตัวอย่างวิเคราะห์ในตู้ deep freeze -80 oC |  | 10 | บาท/กล่อง/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการเครื่อง centrifuge ควบคุมอุณหภูมิ |  | 100 | บาท/หลอด |  |  |
|  | ค่าบริการเครื่อง centrifuge ควบคุมอุณหภูมิ |  | 1,000 | บาท/วัน |  |  |
|  | ค่าบริการตู้เตรียมยา (Biosafety Cabinet Class II) |  | 250 | บาท/ชั่วโมง |  |  |
|  | **อื่นๆ ระบุ ..**.ค่าบริการห้องตรวจ **(room….)** |  | 1,440 | บาท/วัน | **วัน** |  |
|  | **รวมค่าบริการ** |  |  |  |  |  |