แบบฟอร์มการทบทวนรายการค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

งานการเงินบัญชีและงบประมาณ

ชื่อ-สกุล ..... **ตำแหน่ง** ..... **หมายเลขติดต่อ** .....

ชื่อหน่วยงาน ..... **ฝ่าย** ..... **E-mail** .....

ลำดับ	Item code	หมวด ค่ารักษาพยาบาล	รายการ	รหัสเบิก กรมบัญชีกลาง	รหัสเบิก สปสช.	สถานะ		สาเหตุการปิดใช้งาน			
						ใช้งาน	ไม่ใช้งาน	ราคา ไม่ถูกต้อง	ชื่อรายการ ที่ไม่ถูกต้อง	ระบุรายละเอียด ที่ถูกต้อง	อื่นๆ

1. เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ

ลงนาม.....

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

2. หัวหน้างานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ลงนาม.....

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

3.หัวหน้างานการเงินฯหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ลงนาม.....

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

4.เจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีสารสนเทศ

ลงนาม.....

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

FM-AD-AC-041-01