แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยของนักท่องเที่ยว สง.ทท.รร.จปร.

หน่วยงาน/คณะ.....จำนวน.....คน (ชาย.....คน หญิง.....คน)

ห้วงระยะเวลาการฝึกวันที่.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานที่ฝึก ( ) สง.ทท.รร.จปร. ( ) พัน ร.รร.จปร. ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ผู้ประสานงาน ๑. ชื่อ – สกุล .....หมายเลขโทรศัพท์.....

๒. ชื่อ – สกุล .....หมายเลขโทรศัพท์.....

(กรุณานำเอกสารฉบับนี้มาพบทุกครั้งที่นำนักท่องเที่ยวมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน รพ.รร.จปร.เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วย)

ลำดับ	ยศ,ชื่อ – สกุล	อายุ (ปี)	หมายเลขบัตรประชาชน	สิทธิการเบิก	โรคประจำตัว (ระบุ)