

แบบรายงานการติดเชื้อ โรคเอดส์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่

ที่ทำการ โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. เวลา.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด/โรงพยาบาลพินุลมังสาหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ขอขึ้นรายงานต่อ

.....ว่าสงสัยจะได้รับเชื้อ โรคเอดส์เนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่

.....

.....

ลายมือชื่อ.....

เสนอ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร

ได้รับรายงานและตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรดำเนินการตรวจเลือดได้

ลงชื่อ.....วันที่.....เวลา.....

คำอนุมัติ

อนุมัติให้ดำเนินการตรวจเลือดได้

ลงชื่อ.....

วันที่.....เวลา.....

