

โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ลำปาง

ต.ศาลา อ.เกาะคา จ.ลำปาง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา

โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ลำปาง ขอส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จำนวน.....ราย ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ชนิดของการตรวจ	หมายเหตุ
	<div>ชื่อ</div> <div>สกุล</div> <div>HN</div>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
		6.	
		7.	
		8.	
		9.	
		10.	

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

Request by

พยาน

.....

(.....)

.....

(.....)