**รายงานการให้บริการอาหารผู้ป่วย กรณีให้บริการ Home Isolation / Communication Isolation**

**โรงพยาบาล ................................................. รหัสหน่วยบริการ ................................ จังหวัด.....................................**

**ชื่อผู้ป่วย .................................................................. เลขบัตรประชาชน.....................................................................**

**ประเภทการรับบริการ(ระบุ** **HIหรือ CI) .............วันที่เข้ารับบริการ............................... วันที่สิ้นสุดบริการ.................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **วันที่****จัด/ส่งอาหาร** | **ผู้นำส่ง / หน่วยที่ส่ง** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ขอรับเงินค่าจัดบริการอาหารรวม ทั้งสิ้น...............................วัน**

**ขอรับรองว่าเป็นรายละเอียดการดำเนินการจัดบริการอาหารให้กับผู้ติดเชื้อจริง เพื่อการขอรับเงินค่าจัดบริการอาหารของหน่วยบริการ และไม่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่น**

**ลงชื่อ ................................................ (ผู้อำนวยการ/ผู้มีอำนาจ)**

 **(..............................................................)**

 **ตำแหน่ง................................................**

 **วันที่...................................................**