

# แบบยื่นคำร้องอุทธรณ์

กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง .....

วันที่เขียนคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง .....(วันที่ลงรับจากระบบสารบรรณ)

## ๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล  หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  ประกันสังคม

ข้าราชการ  อื่นๆ .....

๑.๔ อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

๑.๕ ระดับการศึกษา.....

๑.๖ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

## ๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล .....

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

## ๓. เหตุผลในการยื่นคำร้องอุทธรณ์

๓.๑ วันที่ได้รับแจ้งผล .....

๓.๒ เหตุผลในการอุทธรณ์

(บรรยายเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ)

.....

.....

.....

.....

.....

## ๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้องอุทธรณ์

๔.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๔.๓ เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดอื่น (ถ้ามี)

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำร้องอุทธรณ์

(.....)

