**สรุปรายชื่อผู้เข้าร่วมการฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ( O&M)**

**สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด**

**สำหรับผู้มีข้อมูลบริการระหว่าง วดป.….................................................ถึง วดป…............................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ**  **ที่** | **รหัสหน่วย**  **บริการ** | **ชื่อหน่วยบริการ**  **/หน่วยงานที่**  **ให้บริการ O&M** | **เลขบัตรประชาชน**  **ผู้รับบริการ** | **ชื่อ นามสกุล** | **วันที่เริ่มต้นฝึกฯ**  **O&M** | **วันสิ้นสุดการ**  **ฝึกฯ O&M** | **รวม**  **จำนวน**  **(ชม)** | **ค่าบริการ**  **(บาท)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **9,000** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ลงชื่อ ….................................................................. ผู้จัดส่งข้อมูล**

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

**ตำแหน่ง ……...............................................................................**

**ลงชื่อ ……...............................................................…...........................**

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

**ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต..............**