**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..............**