

หนังสือแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับเด็กแรกคลอด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (13779)

ติดสติ๊กเกอร์ HN เด็ก

สำหรับเจ้าหน้าที่เวชระเบียน

วันที่รับหนังสือ..... เลขที่หนังสือ.....

เขียนที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่..... เดือน..... ปี.....

คำชี้แจง: เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการออกหนังสือรับการเกิดให้แก่ผู้ปกครองเด็กแรกคลอด ไปแจ้งที่สำนักงานเขต/เทศบาล ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญของการแสดงความคิดเห็นของคนที่มีตัวตนของคนที่สมบูรณ์ตามกฎหมายที่จะนำไปสู่การคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการอันควรจะได้รับตามหลักสิทธิมนุษยชน ดังนั้นขอให้ท่านกรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน

ข้าพเจ้า ชื่อ.....สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา ☐ มารดา ของเด็กแรกคลอด
ขอให้รายละเอียดแก่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกหนังสือรับรองการเกิด ดังนี้

1) ชื่อมารดาของเด็ก (ระบุคำนำหน้าชื่อ).....นามสกุลเดิม.....อายุ

เลขที่บัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐ สัญชาติ.....ศาสนา

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่หมู่ที่ซอย/ตรอก.....ถนน

ตำบล/แขวงอำเภอ/เขต.....จังหวัด..... โทรศัพท์ติดต่อได้.....

2) ☐ ยืนยันไม่ระบุชื่อบิดาของเด็ก

☐ ระบุชื่อบิดาของเด็ก (ระบุคำนำหน้าชื่อ).....นามสกุลอายุ

เลขที่บัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐ สัญชาติ.....ศาสนา

โทรศัพท์ติดต่อได้.....

3) ข้าพเจ้า มีความประสงค์ให้บุตรที่คลอดในครั้งนี้

3.1 ใช้นามสกุล ☐ มารดา ☐ บิดา (ระบุตัวบรรจง).....

3.2 ใช้สัญชาติ ☐ ไทย ☐ อื่น ๆ

3.3 ใช้ศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม ☐ คริสต์ ☐ อื่น ๆ

3.4 โดยบุตรคนนี้เป็น บุตรลำดับที่.....ยังมีชีวิตอยู่.....คน คลอดแล้วตาย.....คน ตายในครรภ์.....คน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ได้สำแดงไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ โดยหากมีการตรวจสอบพบว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จ หรือกรณีข้าพเจ้าต้องการเปลี่ยนแปลงข้อมูลใด ๆ ในหนังสือรับรองการเกิดในภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน พร้อมยื่นเอกสารที่ทางราชการออกให้ คือ บัตรประจำตัวประชาชน(ฉบับจริง) ของมารดาและบิดาของเด็กแรกคลอด (กรณีชาวต่างชาติยื่น Pass port)

ติดสติ๊กเกอร์ HN มารดา

ลงชื่อ ผู้ให้รายละเอียด
(.....)

ติดสติ๊กเกอร์ HN เด็กลำดับถัดไป

(กรณีครรภ์แฝด)

ลงชื่อ พยานคนที่ 1
(.....)

ลงชื่อ..... พยานคนที่ 2
(.....)

ลงชื่อ..... พยาบาลผู้ทบทวนและสอบสวน