



โรงพยาบาล
จุฬารัตน์

บัตรนัด

ชื่อ-นามสกุล :
Name-Surname
HN

สิทธิ์ :

**** ตรวจสอบสิทธิ์ทุกครั้งก่อนยื่นบัตรนัด ****

วันที่นัด :
Appointment Date

เวลา

คลินิก :

Clinic

แพทย์ :
Doctor

เพื่อ

รายการตรวจ

วันที่ออกบัตรนัด

* ถ้าหากมาไม่ตรงตามเวลานัดหมาย อาจไม่ได้รับการตรวจในเวลาดังกล่าว *
กรณีไม่สามารถมาตามนัดหรือต้องการเปลี่ยนนัดหมาย ติดต่อโทร 02-5766000

ต่อ

หน้า 1/1

มีผลบังคับใช้ (25/07/2565) : FM-MRU-016-00



โรงพยาบาล
จุฬารัตน์

บัตรนัด

ชื่อ-นามสกุล :
Name-Surname
HN

สิทธิ์ :

**** ตรวจสอบสิทธิ์ทุกครั้งก่อนยื่นบัตรนัด ****

วันที่นัด :
Appointment Date

เวลา

คลินิก :

Clinic

แพทย์ :
Doctor

เพื่อ

รายการตรวจ

วันที่ออกบัตรนัด

* ถ้าหากมาไม่ตรงตามเวลานัดหมาย อาจไม่ได้รับการตรวจในเวลาดังกล่าว *
กรณีไม่สามารถมาตามนัดหรือต้องการเปลี่ยนนัดหมาย ติดต่อโทร 02-5766000

ต่อ

หน้า 1/1

มีผลบังคับใช้ (25/07/2565) : FM-MRU-016-00