



## รายงานสรุป

# โครงการประกันคุณภาพต้นนักเรียน โรงเรียนมารีย์อัครนุสรณ์

ปีการศึกษา 2564



## ฝ่ายธุรการ-การเงิน

โรงเรียนมารีย์อัครนุสรณ์

อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดบุรีรัมย์

กระทรวงศึกษาธิการ



## คำนำ

การประกันอุบัติเหตุแก่นักเรียนในโรงเรียนเป็นงานที่สำคัญ เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ปกครองหรือความรับผิดชอบของโรงเรียน ถ้าต้องประสบอุบัติเหตุ ภัยที่คาดไม่ถึงทั้งทางด้านชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพและอื่นๆ เพื่อเป็นสวัสดิการให้กับเด็กนักเรียนในโรงเรียน

โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ได้ดำเนินการ เรื่อง การประกันอุบัติเหตุแก่นักเรียนในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง จึงตระหนักถึงความสำคัญ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ จึงต้องจัดทำโครงการประกันอุบัติเหตุแก่นักเรียนในโรงเรียนนี้ขึ้น โดยกำหนดแนวทางในการดำเนินงานอย่างเป็นวงจรรจนบรรลุเป้าหมาย มีระบบการติดตามประเมินผลให้ทราบปัญหาและความก้าวหน้า จึงได้จัดทำโครงการนี้เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตนเองและนำเสนอแก่ผู้ที่จะต้องใช้อ้างอิงตามความเหมาะสม

โครงการประกันอุบัติเหตุได้ดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี จึงขอแนะนำเสนอและสรุปผลการดำเนินการของโครงการประกันอุบัติเหตุในปี 2564 ดังรายละเอียดในเอกสารเล่มนี้

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง  
ฝ่ายธุรการ-การเงิน

## สารบัญ

|                                                               | หน้า |
|---------------------------------------------------------------|------|
| คำนำ .....                                                    | ก    |
| สารบัญ .....                                                  | ข    |
| รายงานสรุปผลการดำเนินงาน                                      |      |
| - สรุปผลการดำเนินงาน .....                                    | 1    |
| - ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....                                  | 5    |
| ภาคผนวก                                                       |      |
| - แผนงานตามโครงการประกันอุบัติเหตุ .....                      | 11   |
| - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน .....                     | 17   |
| - รายงานปฏิบัติงานประกันอุบัติเหตุนักเรียน .....              | 21   |
| - แบบสอบถามความพึงพอใจผู้มารับบริการงานประกันอุบัติเหตุ ..... | 24   |
| - รูปภาพงานประกันอุบัติเหตุนักเรียน .....                     | 36   |
| - สำเนาใบสำคัญจ่ายเงินค่าประกันอุบัติเหตุ .....               | 41   |

**แบบรายงานผลการประเมิน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**  
**ฝ่ายธุรการ-การเงิน (งานการเงินและบัญชี) โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์**

\*\*\*\*\*

ชื่อโครงการ/กิจกรรม.....โครงการประกันอุบัติเหตุของโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์.....  
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ.....การเงินและบัญชี.....ฝ่าย ธุรการ-การเงิน.....  
 ตอบสนองแผนพัฒนาโรงเรียน : พันธกิจข้อที่ 6 ยุทธศาสตร์ข้อที่ 8 เป้าหมายข้อที่ 1.....  
 ตอบสนองมาตรฐานการศึกษา สพฐมาตรฐานที่ 2.....ตัวบ่งชี้/เกณฑ์ที่ 2.2, 2.3, 2.4.....  
 ตอบสนองมาตรฐานการศึกษา สมศ.รอบ 4 :มาตรฐานที่ 2.....ประเด็นที่ 2.2, 2.3, 2.4.....

1. ผู้รับผิดชอบ นางสาวสมพร วาปีกัง

2. ระยะเวลาดำเนินการ ปีการศึกษา 2564

3. เป้าหมาย

3.1 **เชิงปริมาณ** ครู นักเรียน ผู้ปกครอง และผู้มาติดต่อรับบริการงานประกันอุบัติเหตุ  
 นักเรียน โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ ปีการศึกษา 2564

3.2 **เชิงคุณภาพ** มีการเก็บรวบรวมแบบประเมิน และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการวิจัย

3.3 **ตัวชี้วัดความสำเร็จ** ความพึงพอใจของผู้ที่มารับบริการงานโครงการประกันอุบัติเหตุ  
 นักเรียน โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ ปีการศึกษา 2564 คิดเป็นร้อยละ 80 หรือมีระดับความพึงพอใจใน  
 ระดับมาก

4. สรุปวิธีดำเนินการ (ที่ปฏิบัติจริง)

การจัดทำโครงการประกันอุบัติเหตุ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย  
 ผู้ปกครองเมื่อนักเรียนเกิดอุบัติเหตุ 2) เพื่อเป็นสวัสดิการให้กับนักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ  
 ประกันอุบัติเหตุ 3) สร้างความสัมพันธ์และเข้าใจอันดีระหว่างโรงเรียน บ้าน และชุมชน 4) เพื่อนำผล  
 การจัดทำโครงการไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการศึกษาของโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ให้มี  
 ประสิทธิภาพมากขึ้น

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) บัญชีรายชื่อที่เข้าร่วมโครงการ  
 2) แบบสรุปรายการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามโครงการ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้มารับ  
 บริการโครงการประกันอุบัติเหตุ นักเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ คือ ใช้สถิตินำเสนอในตาราง  
 ประกอบพรรณนางาน และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ  
 ค่าเฉลี่ย

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เชิงปริมาณ นักเรียนเข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุร้อยละ 100  
 2) เชิงคุณภาพ นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ ถ้าเกิดอุบัติเหตุที่บ้านหรือโรงเรียนจะ  
 ได้รับความคุ้มครอง เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองได้เป็นอย่างดี

ผลการดำเนินงานโครงการประกันอุบัติเหตุ พบว่า มีนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการประกัน  
 อุบัติเหตุในโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ คิดเป็นร้อยละ 100 โดยโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ได้ทำการจ่ายเงิน

ค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้ปกครองและนักเรียน เมื่อประสบอุบัติเหตุ นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ เมื่อเกิดอุบัติเหตุที่บ้านหรือโรงเรียนจะได้รับความคุ้มครอง เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองได้เป็นอย่างดี

ผลการวิจัยเรื่อง ความพึงพอใจของผู้มารับบริการโครงการประกันอุบัติเหตุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความพึงพอใจของผู้มารับบริการโครงการประกันอุบัติเหตุ โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ ปีการศึกษา 2564 ผลการวิจัยพบว่า

1. จำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66 จำนวน 33 คน เพศชายคิดเป็นร้อยละ 34 จำนวน 17 คน ตามลำดับ

2. จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ อายุ 41 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 52 จำนวน 26 คน อายุระหว่าง 30 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 จำนวน 14 คน และอายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 จำนวน 10 คน ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้มารับบริการโครงการประกันอุบัติเหตุ โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ ปีการศึกษา 2564 พบว่า โดยรวมเฉลี่ย 4.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.387 คิดเป็นร้อยละ 91.85 อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกัน โดยเรียงตามหัวข้อดังนี้คือ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ค่าปรึกษา ตอบข้อซักถามได้ดี คิดเป็นร้อยละ 93.20 เจ้าหน้าที่พูดจา สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นกันเอง คิดเป็นร้อยละ 92.80 เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ในการให้บริการ คิดเป็นร้อยละ 92.40 ความเหมาะสมของรายการคุ้มครองที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 92.00 ความประทับใจในการให้บริการแต่ละครั้งคิดเป็นร้อยละ 91.60 ความสะดวกในการติดต่อประสานงาน คิดเป็นร้อยละ 91.20 ความสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการ คิดเป็นร้อยละ 90.80 และระยะเวลาในการรับเงินค่าประกันอุบัติเหตุ ในแต่ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90.80 ตามลำดับ

4. การวิจัยความพึงพอใจของผู้มารับบริการโครงการประกันอุบัติเหตุ ปีการศึกษา 2564 พบว่า ผู้ปกครองนักเรียนตระหนักในความสำคัญและให้นักเรียนเข้าร่วมการประกันอุบัติเหตุของโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ ถ้าเกิดอุบัติเหตุที่บ้านหรือโรงเรียน จะได้รับความคุ้มครอง เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองได้เป็นอย่างดีและความพึงพอใจของผู้มารับบริการโครงการประกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับมากที่สุด

โครงการประกันอุบัติเหตุของนักเรียน โรงเรียนมารีฮอนูสรณ์ ประจำปีการศึกษา 2564  
สรุปผลการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

| ที่ | วัตถุประสงค์โครงการ                                                                                                                                                  | สภาพ<br>ความสำเร็จ |          | ผลการดำเนินการ                                                                                                                                                               |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                                                      | บรรลุ              | ไม่บรรลุ |                                                                                                                                                                              |
| 1   | เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย<br>ผู้ปกครองเมื่อนักเรียนเกิดอุบัติเหตุ                                                                                               | √                  |          | โรงเรียนมารีฮอนูสรณ์<br>ได้ทำการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล<br>ให้กับผู้ปกครองและนักเรียนเมื่อ<br>ประสบอุบัติเหตุ                                                                 |
| 2   | เพื่อเป็นสวัสดิการให้นักเรียนใน<br>โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการประกัน<br>อุบัติเหตุ                                                                                    | √                  |          | มีนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการประกัน<br>อุบัติเหตุในโรงเรียนมารีฮอนูสรณ์<br>คิดเป็นร้อยละ 100                                                                                  |
| 3   | เพื่อสร้างความสัมพันธ์และ<br>ความเข้าใจอันดีระหว่าง<br>โรงเรียน บ้าน และชุมชน                                                                                        | √                  |          | มีความสัมพันธ์ และความเข้าใจ<br>เป็นอย่างดี ระหว่างโรงเรียน บ้าน<br>ชุมชน เพราะผู้ปกครองและนักเรียน<br>ได้รับการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย                                        |
| 4   | นักเรียนเข้าร่วมโครงการประกัน<br>อุบัติเหตุคิดเป็นร้อยละ 100                                                                                                         | √                  |          | นักเรียนในโรงเรียนมารีฮอนูสรณ์<br>เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ<br>คิดเป็นร้อยละ 100                                                                                       |
| 5   | ผู้มารับบริการโครงการประกัน<br>อุบัติเหตุ นักเรียน มีความพึงพอใจ<br>คิดเป็นร้อยละ 80 หรือระดับ<br>ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก                                          | √                  |          | การดำเนินการแจกแบบสอบถาม<br>ให้ผู้มารับบริการโครงการประกัน<br>อุบัติเหตุ สรุปผลการดำเนินการ<br>มีความพึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ<br>91.85 หรือระดับความพึงพอใจ<br>ในระดับมากที่สุด |
| 6   | นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการประกัน<br>อุบัติเหตุ ถ้าเกิดอุบัติเหตุที่บ้าน<br>หรือโรงเรียนจะได้รับความคุ้มครอง<br>เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของ<br>ผู้ปกครองได้เป็นอย่างดี | √                  |          | นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการประกัน<br>อุบัติเหตุ เมื่อเกิดอุบัติเหตุที่บ้านหรือ<br>โรงเรียนจะได้รับความคุ้มครอง เพื่อ<br>เป็นการแบ่งเบาภาระของผู้ปกครอง<br>ได้เป็นอย่างดี      |

ลงชื่อ.....

(นางสาวสมพร วาปีกัง)  
ผู้รับผิดชอบโครงการ

ลงชื่อ.....

(นางปิยะนุช สังข์ทองกลาง)  
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายธุรการ-การเงิน

**หมายเหตุ** ได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการประเมินมาพร้อมกันนี้แล้ว

## สรุปผลการพิจารณา

☒ เห็นสมควรให้ดำเนินการต่อไปในปีการศึกษาหน้า

☐ ไม่สมควรให้ดำเนินการต่อ เนื่องจาก

เห็นสมควรให้ดำเนินการปรับแก้ข้อบกพร่องที่พบต่อไป  
เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจในเรื่องความปลอดภัยของบุตรหลาน ไม่ให้เกิด  
อุบัติเหตุ

ทั้งนี้ให้นำผลการประเมิน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ไปพัฒนากระบวนการจัดการ  
เรียนการสอนและการทำงาน โดยพิจารณาวัตถุประสงค์ เป้าหมายการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับ  
เป้าหมายการจัดการศึกษาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ลงชื่อ .....

(นางสาวจันทน์ ไพรงาม)

ผู้อำนวยการโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์

บันทึกเพิ่มเติม

.....  
.....  
.....

ลงชื่อ .....

(บาทหลวงสุรชัย เจริญพงศ์)

ผู้จัดการโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ได้เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุนักเรียนมารีย์อนุสรณ์ ประจำปีการศึกษา 2564 ระดับชั้นเตรียมอนุบาล – อนุบาล

| ห้อง     | จำนวนนักเรียน |                 | ร้อยละ |
|----------|---------------|-----------------|--------|
|          | ทั้งหมด       | เข้าร่วมโครงการ |        |
| เตรียม 1 | 13            | 13              | 100    |
| เตรียม 2 | 16            | 16              | 100    |
| เตรียม 3 | 10            | 10              | 100    |
| อ.1/1    | 28            | 28              | 100    |
| อ.1/2    | 22            | 22              | 100    |
| อ.1/3    | 25            | 25              | 100    |
| อ.1/4    | 18            | 18              | 100    |
| อ.1/5    | 21            | 21              | 100    |
| อ.1/6    | 20            | 20              | 100    |
| อ.2/1    | 32            | 32              | 100    |
| อ.2/2    | 30            | 30              | 100    |
| อ.2/3    | 31            | 31              | 100    |
| อ.2/4    | 30            | 30              | 100    |
| อ.2/5    | 27            | 27              | 100    |
| อ.2/6    | 23            | 23              | 100    |
| อ.2/7    | 23            | 23              | 100    |
| อ.3/1    | 35            | 35              | 100    |
| อ.3/2    | 34            | 34              | 100    |
| อ.3/3    | 34            | 34              | 100    |
| อ.3/4    | 33            | 33              | 100    |
| อ.3/5    | 32            | 32              | 100    |
| อ.3/6    | 32            | 32              | 100    |
| อ.3/7    | 29            | 29              | 100    |
| อ.3/8    | 14            | 14              | 100    |
| รวม      | 612           | 612             | 100    |

จากตารางที่ 1 พบว่า ในระดับชั้นเตรียมอนุบาล – ระดับชั้นอนุบาล มีนักเรียนรวมทั้งสิ้นจำนวน 612 คน เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุนักเรียน ปี 2564 จำนวน 612 คน คิดเป็นร้อยละ 100



**ตารางที่ 2** แสดงข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ได้เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุม โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ ประจำปีการศึกษา 2564 ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1

| ห้อง  | จำนวนนักเรียน |                 | ร้อยละ |
|-------|---------------|-----------------|--------|
|       | ทั้งหมด       | เข้าร่วมโครงการ |        |
| ป.1/1 | 32            | 32              | 100    |
| ป.1/2 | 30            | 30              | 100    |
| ป.1/3 | 31            | 31              | 100    |
| ป.1/4 | 29            | 29              | 100    |
| ป.1/5 | 31            | 31              | 100    |
| ป.1/6 | 37            | 37              | 100    |
| ป.1/7 | 36            | 36              | 100    |
| ป.1/8 | 36            | 36              | 100    |
| ป.1/9 | 22            | 22              | 100    |
| รวม   | 284           | 284             | 100    |

จากตารางที่ 2 พบว่าในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีนักเรียนรวมทั้งสิ้นจำนวน 284 คน เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุม ปีการศึกษา 2564 จำนวน 284 คน คิดเป็นร้อยละ 100

**ตารางที่ 3** แสดงข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ได้เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุม โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ ประจำปีการศึกษา 2564 ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2

| ห้อง  | จำนวนนักเรียน |                 | ร้อยละ |
|-------|---------------|-----------------|--------|
|       | ทั้งหมด       | เข้าร่วมโครงการ |        |
| ป.2/1 | 35            | 35              | 100    |
| ป.2/2 | 34            | 34              | 100    |
| ป.2/3 | 35            | 35              | 100    |
| ป.2/4 | 35            | 35              | 100    |
| ป.2/5 | 35            | 35              | 100    |
| ป.2/6 | 34            | 34              | 100    |
| ป.2/7 | 36            | 36              | 100    |
| ป.2/8 | 35            | 35              | 100    |
| ป.2/9 | 26            | 26              | 100    |
| รวม   | 305           | 305             | 100    |

จากตารางที่ 3 พบว่าในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 มีนักเรียนรวมทั้งสิ้น จำนวน 305 คน เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุม ปีการศึกษา 2564 จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 100

**ตารางที่ 4** แสดงข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ได้เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ ประจำปีการศึกษา 2564 ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3

| ห้อง   | จำนวนนักเรียน |                 | ร้อยละ |
|--------|---------------|-----------------|--------|
|        | ทั้งหมด       | เข้าร่วมโครงการ |        |
| ป.3/1  | 35            | 35              | 100    |
| ป.3/2  | 38            | 38              | 100    |
| ป.3/3  | 37            | 37              | 100    |
| ป.3/4  | 40            | 40              | 100    |
| ป.3/5  | 33            | 33              | 100    |
| ป.3/6  | 26            | 26              | 100    |
| ป.3/7  | 29            | 29              | 100    |
| ป.3/8  | 33            | 33              | 100    |
| ป.3/9  | 28            | 28              | 100    |
| ป.3/10 | 40            | 40              | 100    |
| รวม    | 339           | 339             | 100    |

จากตารางที่ 4 พบว่า ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 มีนักเรียนรวมทั้งสิ้นจำนวน 339 คน เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ ปีการศึกษา 2564 จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 100

**ตารางที่ 5** แสดงข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ได้เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ ประจำปีการศึกษา 2564 ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

| ห้อง  | จำนวนนักเรียน |                 | ร้อยละ |
|-------|---------------|-----------------|--------|
|       | ทั้งหมด       | เข้าร่วมโครงการ |        |
| ป.4/1 | 44            | 44              | 100    |
| ป.4/2 | 46            | 46              | 100    |
| ป.4/3 | 42            | 42              | 100    |
| ป.4/4 | 41            | 41              | 100    |
| ป.4/5 | 40            | 40              | 100    |
| ป.4/6 | 35            | 35              | 100    |
| ป.4/7 | 35            | 35              | 100    |
| ป.4/8 | 40            | 40              | 100    |
| ป.4/9 | 21            | 21              | 100    |
| รวม   | 344           | 344             | 100    |

จากตารางที่ 5 พบว่า ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีนักเรียนรวมทั้งสิ้นจำนวน 344 คน เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ ปีการศึกษา 2564 จำนวน 344 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ได้เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

| ห้อง  | จำนวนนักเรียน |                 | ร้อยละ |
|-------|---------------|-----------------|--------|
|       | ทั้งหมด       | เข้าร่วมโครงการ |        |
| ป.5/1 | 44            | 44              | 100    |
| ป.5/2 | 45            | 45              | 100    |
| ป.5/3 | 42            | 42              | 100    |
| ป.5/4 | 41            | 41              | 100    |
| ป.5/5 | 42            | 42              | 100    |
| ป.5/6 | 30            | 30              | 100    |
| ป.5/7 | 33            | 33              | 100    |
| ป.5/8 | 37            | 37              | 100    |
| ป.5/9 | 25            | 25              | 100    |
| รวม   | 339           | 339             | 100    |

จากตารางที่ 6 พบว่า ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีนักเรียนรวมทั้งสิ้นจำนวน 339 คน เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ ปีการศึกษา 2564 จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ได้เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

| ห้อง  | จำนวนนักเรียน |                 | ร้อยละ |
|-------|---------------|-----------------|--------|
|       | ทั้งหมด       | เข้าร่วมโครงการ |        |
| ป.6/1 | 40            | 40              | 100    |
| ป.6/2 | 41            | 41              | 100    |
| ป.6/3 | 37            | 37              | 100    |
| ป.6/4 | 36            | 36              | 100    |
| ป.6/5 | 36            | 36              | 100    |
| ป.6/6 | 33            | 33              | 100    |
| ป.6/7 | 37            | 37              | 100    |
| ป.6/8 | 42            | 42              | 100    |
| ป.6/9 | 33            | 33              | 100    |
| รวม   | 335           | 335             | 100    |

จากตารางที่ 7 พบว่าในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีนักเรียนรวมทั้งสิ้นจำนวน 335 คน เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ ปีการศึกษา 2564 จำนวน 335 คน คิดเป็นร้อยละ 100

**ตารางที่ 8** แสดงข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ได้เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุของนักเรียน  
โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ ประจำปีการศึกษา 2564 ระดับชั้นมัธยมศึกษา

| ห้อง  | จำนวนนักเรียน |                 | ร้อยละ |
|-------|---------------|-----------------|--------|
|       | ทั้งหมด       | เข้าร่วมโครงการ |        |
| ม.1/1 | 34            | 34              | 100    |
| ม.1/2 | 30            | 30              | 100    |
| ม.1/3 | 33            | 33              | 100    |
| ม.1/4 | 33            | 33              | 100    |
| ม.2/1 | 28            | 28              | 100    |
| ม.2/2 | 28            | 28              | 100    |
| ม.2/3 | 28            | 28              | 100    |
| ม.2/4 | 27            | 27              | 100    |
| ม.3/1 | 26            | 26              | 100    |
| ม.3/2 | 27            | 27              | 100    |
| ม.3/3 | 26            | 26              | 100    |
| ม.3/4 | 26            | 26              | 100    |
| รวม   | 346           | 346             | 100    |

จากตารางที่ 8 พบว่า ในระดับชั้นมัธยมศึกษา มีนักเรียนรวมทั้งสิ้น จำนวน 346 คน  
เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ ปีการศึกษา 2564 จำนวน 346 คน คิดเป็นร้อยละ 100

**ตารางที่ 9** สรุปรายการจ่ายเงินค่าประกันอุบัติเหตุให้นักเรียน ตามโครงการประกันอุบัติเหตุ  
ประจำปีการศึกษา 2564

| ระดับชั้น             | จำนวนนักเรียน                  | จำนวนเงิน   |
|-----------------------|--------------------------------|-------------|
| เตรียมอนุบาล – อนุบาล | 612 คน                         | 91,800 บาท  |
| ประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 | 1,946 คน                       | 291,900 บาท |
| มัธยมศึกษา            | 346 คน                         | 51,900 บาท  |
| รวมรับ                | 2,904 คน                       | 435,600 บาท |
|                       | หักจ่ายเงินค่าประกันอุบัติเหตุ | 119,797 บาท |
|                       | คงเหลือ                        | 315,803 บาท |

จากตารางที่ 9 พบว่า รายรับเงินค่าประกันอุบัติเหตุจากนักเรียนทั้งหมด 2,904 คน รวมเป็นรายรับ  
ทั้งสิ้น 435,600 บาท หักจ่ายเงินประกันที่ให้กับนักเรียน 119,797 บาท คงเหลือ 315,803 บาท

ภาคผนวก

โครงการประกันอุบัติเหตุของโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์  
ฝ่ายธุรการ-การเงิน ปีการศึกษา 2564



ลำดับที่..... 4 ..... ปีการศึกษา..... 2564 .....  
ชื่อโครงการ/กิจกรรม..... โครงการประกันอุบัติเหตุของโรงเรียนมารีออนสรณ์.....  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ..... การเงินและบัญชี..... ฝ่าย..... ธุรการ-การเงิน.....  
ตอบสนองแผนพัฒนาโรงเรียน : พันธกิจข้อที่..... 6..... ยุทธศาสตร์ข้อที่..... 8..... เป้าหมายข้อที่..... 1.....  
ตอบสนองมาตรฐานการศึกษา สพฐ มาตรฐานที่..... 2..... ตัวบ่งชี้/เกณฑ์ที่..... 2.2, 2.3, 2.4.....  
ตอบสนองมาตรฐานการศึกษา สมศ.รอบ 4 : มาตรฐานที่..... 2..... ประเด็นที่..... 2.2, 2.3, 2.4.....  
ลักษณะโครงการ ☐ ใหม่ ☒ ต่อเนื่อง

### 1. หลักการและเหตุผล

เนื่องจากการประกันอุบัติเหตุนักเรียนในโรงเรียนเป็นงานที่สำคัญ เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ปกครองหรือความรับผิดชอบของโรงเรียนถ้าต้องประสบอุบัติเหตุภัยที่คาดไม่ถึงทั้งทางด้านชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพและอื่นๆ เพื่อเป็นสวัสดิการให้กับเด็กนักเรียนในโรงเรียน

โรงเรียนมารีออนสรณ์ได้ดำเนินการ เรื่อง การประกันอุบัติเหตุนักเรียนในโรงเรียนอย่างต่อเนื่องโรงเรียนจึงตระหนักถึงความสำคัญ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้จึงต้องจัดทำโครงการประกันอุบัติเหตุนักเรียนในโรงเรียนนี้ขึ้น

### 2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายผู้ปกครองเมื่อนักเรียนเกิดอุบัติเหตุ
- 2.2 เพื่อเป็นสวัสดิการให้กับนักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ
- 2.3 เพื่อสร้างความสัมพันธ์และเข้าใจอันดีระหว่างโรงเรียน บ้าน และชุมชน

### 3. เป้าหมาย

3.1 ด้านปริมาณ ผู้ปกครองนักเรียนตระหนักใน重要性และให้นักเรียนเข้าร่วมการประกันอุบัติเหตุของโรงเรียนมารีออนสรณ์

3.2 ด้านคุณภาพ นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ ถ้าเกิดอุบัติเหตุที่บ้านหรือโรงเรียน จะได้รับความคุ้มครอง เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองได้เป็นอย่างดี

#### 4. ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน

| ลำดับ | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                          | ระยะเวลา                               | งบประมาณ | ผู้รับผิดชอบ                                  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------|-----------------------------------------------|
| 1.    | <b>ขั้นวางแผน(P : PLAN)</b><br>1.1 เสนอโครงการ/กิจกรรมและจัดสรรงบประมาณ<br>1.2 ประชุมวางแผนการปฏิบัติงาน<br>1.3 แต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง<br>1.4 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการ | 1-31 พ.ค. 64                           | 1,000    | ม.ปิยะนุช<br>ม.อัจฉรา<br>ม.สมาพร<br>ม.เปรมปรี |
| 2.    | <b>ขั้นดำเนินการ (D : DO)</b><br>2.1 ชี้แจงกิจกรรมให้แก่บุคลากรในฝ่ายได้รับทราบการดำเนินงานกิจกรรม<br>2.2 ดูแลการเกิดอุบัติเหตุของนักเรียนทั้งในโรงเรียนและที่บ้าน ตลอดปีการศึกษา                                | 1-10 มิ.ย.64<br><br>15พ.ค.64-30เม.ย.65 |          | ม.ปิยะนุช<br>ม.อัจฉรา<br>ม.สมาพร<br>ม.เปรมปรี |
| 3.    | <b>ขั้นตรวจสอบติดตามประเมินผล (C : CHECK)</b><br>3.1 ตรวจสอบและติดตาม<br>3.2 ปรับปรุงและแก้ไข                                                                                                                    | มี.ค.65                                |          | ม.ปิยะนุช<br>ม.อัจฉรา<br>ม.สมาพร              |
| 4.    | <b>ขั้นรายงานปรับปรุงพัฒนา (A : ACT)</b><br>4.1 สรุปรายงานผลการดำเนินงาน<br>4.2 วิเคราะห์ผลการดำเนินงานนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อไป                                                                                 | มี.ค.65                                |          | ม.อัจฉรา                                      |

#### 5. งบประมาณ

5.1 งบโรงเรียน 1,000 บาท    5.2 งบจัดหา 500,000 บาท

#### 6. สถานที่ดำเนินงาน    โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์

#### 7. ระยะเวลาในการดำเนินงาน    1 พฤษภาคม 2564 – 30 เมษายน 2565

#### 8. เครื่องมือติดตาม และประเมินผล

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการโครงการประกันอุบัติเหตุ
2. บัญชีรายชื่อนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ
3. แบบสรุปรายการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลตามโครงการประกันอุบัติเหตุ



## 9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. นักเรียนและผู้ปกครองมีความพึงพอใจ ในการเข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุของนักเรียนในโรงเรียน เพราะเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ทางโรงเรียนจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ทันที เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายกับผู้ปกครอง
2. ผู้ปกครองให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการในปีต่อไป

### แบบแสดงประมาณการค่าใช้จ่าย

โครงการ/กิจกรรม ประกันอุบัติเหตุของโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์

หน่วยงาน การเงินและบัญชี ฝ่ายธุรการ – การเงิน

| ลำดับ<br>ที่                          | รายการ                             | ข้อกำหนด<br>มาตรฐาน/<br>คุณลักษณะ<br>เฉพาะ/คุณภาพ | ราคาต่อ<br>หน่วย |     | จำนวน<br>หน่วย | จำนวนเงิน |     | หมายเหตุ |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------|-----|----------------|-----------|-----|----------|
|                                       |                                    |                                                   | บาท              | สต. |                | บาท       | สต. |          |
| 1                                     | ค่าวัสดุ<br>1.1 ค่าเอกสารดำเนินการ | สำรองดำเนินการ                                    |                  |     |                | 1,000     |     |          |
| รวมประมาณค่าใช้จ่าย (หนึ่งพันบาทถ้วน) |                                    |                                                   |                  |     |                | 1,000     |     |          |

สรุปประเภทงบประมาณ

☒ งบประมาณ.....1,000.....บาท    ☒ งบจัดหา.....500,000.....บาท

## โครงการประกันอุบัติเหตุสำหรับนักเรียน โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์

การประกันอุบัติเหตุให้นักเรียนในโรงเรียนเป็นงานที่สำคัญ เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ปกครองหรือความรับผิดชอบของโรงเรียน ถ้าต้องประสบอุบัติเหตุ ภัยที่คาดไม่ถึงทั้งทางด้านชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพและอื่นๆ เพื่อเป็นสวัสดิการให้กับเด็กนักเรียนในโรงเรียน โดยมีรายละเอียดของโครงการประกันอุบัติเหตุสำหรับนักเรียน โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ดังนี้

### การให้ความคุ้มครอง

ให้ความคุ้มครองในกรณีได้รับอุบัติเหตุทุกชนิด ตลอด 24 ชั่วโมง ระยะเวลา 365 วัน หรือ 1 ปีเต็ม ขณะเรียนหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ทั้งในและนอกสถานศึกษา ขณะเดินทางไป-กลับระหว่างบ้านและโรงเรียน ท่องเที่ยว ทัศนศึกษา เล่นหรือซ้อมกีฬา การขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์และภัยจากอุบัติเหตุอื่นๆ อัตราค่าเบี้ยประกันภัยคนละ 150 บาท/ปี

### สิทธิการเข้ารับการรักษาพยาบาล

กรณีได้รับบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุ สามารถเข้ารับการรักษาได้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน โดยผู้ปกครองสำรองจ่ายล่วงหน้า และนำใบเสร็จพร้อมใบรับรองแพทย์มาเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ที่โรงเรียน ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลรวมถึงค่ายา ค่าห้องพัก ค่าผ่าตัด ค่าเอ็กซเรย์ หรืออื่นๆ สามารถเบิกได้ไม่เกิน 6,000 บาทต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง

### หลักฐานที่ใช้ในการเบิก

1. ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) ซึ่งสามารถเบิกได้ตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 6,000 บาท ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง
2. ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)

**ผลประโยชน์ / การคุ้มครอง**  
**โครงการประกันอุบัติเหตุของโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์**

| อุบัติเหตุ                                                                                                                                                                                                                                              | ความคุ้มครอง |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1. การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ                                                                                                                                                                                                                      | 30,000 บาท   |
| 2. สูญเสียอวัยวะ แขน 2 ข้าง, ขา 2 ข้าง, ตา 2 ข้าง<br>หรืออย่างใดอย่างหนึ่งรวมกัน                                                                                                                                                                        | 20,000 บาท   |
| 3. สูญเสียอวัยวะ 1 ข้าง เช่น แขน 1 ข้าง, ขา 1 ข้าง, ตา 1 ข้าง                                                                                                                                                                                           | 15,000 บาท   |
| 4. ทุพพลภาพถาวร เนื่องจากอุบัติเหตุ                                                                                                                                                                                                                     | 20,000 บาท   |
| 5. สูญเสียชีวิตจากภัยรถจักรยานยนต์                                                                                                                                                                                                                      | 30,000 บาท   |
| 6. การฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้ายร่างกาย                                                                                                                                                                                                                    | 30,000 บาท   |
| 7. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง                                                                                                                                                                                                                | 6,000 บาท    |
| <b>ชำระเบี้ยประกัน                      150 บาท / คน / ปี</b>                                                                                                                                                                                           |              |
| <b>** กรณีผู้ปกครองสามารถใช้สิทธิเบิกจากส่วนราชการ ฯลฯ ได้ สามารถนำสำเนา<br/> ใบเสร็จรับเงิน (ถ่ายเอกสาร) พร้อมใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) มาเบิกได้ ซึ่งสามารถเบิกได้<br/> ครั้งหนึ่งของจำนวนที่จ่ายจริง และไม่เกิน 3,000 บาท ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง</b> |              |

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน  
โครงการประกันอุบัติเหตุนักเรียน  
ปีการศึกษา 2564



คำสั่งโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์

ที่ 59 / 2562

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการประกันอุบัติเหตุนักเรียน  
ประจำปีการศึกษา 2564

ด้วยโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ ได้จัดทำโครงการประกันอุบัติเหตุนักเรียน ประจำปีการศึกษา 2564 ช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายผู้ปกครองนักเรียนเกิดอุบัติเหตุ เป็นสวัสดิการให้กับนักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ และสร้างความสัมพันธ์และเข้าใจอันดีระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชน

เพื่อให้การดำเนินการโครงการประกันอุบัติเหตุนักเรียน ประจำปีการศึกษา 2564 เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการประกันอุบัติเหตุนักเรียน ประจำปีการศึกษา 2564 ดังนี้

1. คณะกรรมการฝ่ายที่ปรึกษา

- |                                   |                                         |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| 1. นายสุรัชย์ เจริญพงศ์           | ผู้จัดการโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์          |
| 2. นางสาวจันทน์ ไพรงาม            | ผู้อำนวยการโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์        |
| 3. นางสาวสุภารัตน์ เหลืองรัตนวิมล | รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ               |
| 4. นายสมบัติ พิมพ์จันทร์          | รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาคุณภาพการศึกษา   |
| 5. นางพิศมัย นพคุณ                | ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายอภิบาลและแพร่ธรรม |
| 6. นางภริตพร นวลเท่า              | ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายกิจการนักเรียน    |
| 7. นางปิยะนุช สังข์ทองกลาง        | ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายธุรการ-การเงิน    |
| 8. นายจตุพล อ่อนสีทัน             | ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายบริหารงานทั่วไป   |
| 9. นางสาวธัญญลักษณ์ แก้วอำไพ      | หัวหน้าฝ่ายปฐมวัย                       |

มีหน้าที่ ให้คำปรึกษา แนะนำ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วย ความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ

## 2. คณะกรรมการดำเนินงาน

- |                 |              |
|-----------------|--------------|
| 1. นางปิยะนุช   | สังข์ทองกลาง |
| 2. นางสาวสมาพร  | วาปีกั้ง     |
| 3. นางสาวอัจฉรา | เคยพุดซา     |
| 4. นางสาวศรินนา | แก้วสีเคน    |
| 5. นางปทุมณิศา  | นพคุณ        |
| 6. นางสาวชณุดพร | เกตุเพชร     |
| 7. นายเปรมปรี   | วาปีทะ       |

มีหน้าที่ จัดทำเอกสารเกี่ยวกับรายละเอียดการประกันอุบัติเหตุทั้งในและนอกโรงเรียน ติดตาม ประสานงานและจ่ายค่ารักษาพยาบาลในกรณีเกิดอุบัติเหตุให้กับผู้ปกครองนักเรียน และสรุปผลการ ประเมินการดำเนินงาน

ขอให้คณะครูที่ได้รับมอบหมายปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ อย่างมีประสิทธิภาพ และ เกิดประสิทธิผลสูงสุด

สั่ง ณ วันที่ 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564

ลงชื่อ



( นางสาวจันทน์ ไพรงาม )

ผู้อำนวยการโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์

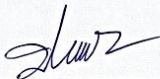


รายชื่อแนบท้ายคำสั่งโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์  
ที่ 59 / 2564  
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการประกันอุบัติเหตุนักเรียน  
ประจำปีการศึกษา 2564

---

รับทราบ

- |                 |              |
|-----------------|--------------|
| 1. นางปิยะนุช   | สังข์ทองกลาง |
| 2. นางสาวสมาพร  | วาปีกั้ง     |
| 3. นางสาวอัจฉรา | เคยพุดซา     |
| 4. นางสาวศรินนา | แก้วสีเคน    |
| 5. นางปุณนิศา   | นพคุณ        |
| 6. นางสาวชนุตพร | เกตุเพชร     |
| 7. นายเปรมปรี   | วาปีทะ       |

  
.....  
  
.....  
  
.....  
25 ๒๖.  
.....  
25 ๒๖.  
.....  
เปรมปรี  
.....

รายงานประกันอุบัติเหตุนักเรียน  
ปีการศึกษา 2564



งานประกันอุบัติเหตุนักเรียน

ปีการศึกษา 2564

| วันเดือนปี | รายการ                                              | จำนวนเงิน |
|------------|-----------------------------------------------------|-----------|
| 22/4/2564  | ค่ารักษาพยาบาล ค.ช.นัธพวัฒน์ ปะตังถาโต อ.1/2        | 3,015.00  |
| 15/5/2564  | ค่าประกันอุบัติเหตุ ค.ช.ภัทรนนท์ ดีด้านคือ สนั่นกัก | 674.00    |
| 21/5/2564  | ค่ารักษาพยาบาล ค.ช.ภัทรวิธน์ จากรณ์ย์ ป.3           | 1,590.00  |
| 16/6/2564  | ค่าประกันอุบัติเหตุ                                 | 795.00    |
| 22/6/2564  | ค่ารักษาพยาบาล ค.ช.อิทธิพัทธ์ โพธิ์นา ป.3/6         | 3,956.00  |
| 29/6/2564  | ค่ารักษาพยาบาล ค.ช.อิทธิพัทธ์ โพธิ์นา ป.3/6         | 1,990.00  |
| 13/7/2564  | ค่ารักษาพยาบาล ค.ช.ชัชชญา เลิศกุลภพ ป.1/9           | 6,000.00  |
| 2/8/2564   | ค่ารักษาพยาบาล ค.ช.ศิวกร รัตนบรรณกิจ ป.5/7          | 6,000.00  |
| 19/8/2564  | ค่ารักษาพยาบาล ค.ญ.พรนภา พรหมทา                     | 2,095.00  |
| 21/8/2564  | ค่ารักษาพยาบาล ค.ญ.พิมพ์พิมล รักยะโคน ป.1/2         | 1,119.00  |
| 23/8/2564  | ค่ารักษาพยาบาล ค.ญ.ณิชาภา แสงสว่าง                  | 3,905.00  |
| 30/8/2564  | ค่ารักษาพยาบาล ค.ญ.ชิดชนก บุญธิดำ                   | 1,715.00  |
| 3/9/2564   | ค่ารักษาพยาบาล ค.ญ.วลัยพร เหลืองอำไพจินดา           | 5,605.00  |
| 11/9/2564  | ค่ารักษาพยาบาล ค.ญ.มณีนุตร รุนไพรัตน์               | 4,260.00  |
| 14/9/2564  | ค่ารักษาพยาบาล อนัสรา ทินนารีย์                     | 655.00    |
| 14/9/2564  | ค่ารักษาพยาบาล กฤติเดช แก้วหานาม                    | 3,494.00  |
| 15/9/2564  | ค่ารักษาพยาบาล ค.ช.กฤตภาส ดันติบรรณกุล              | 2,835.00  |
| 9/10/2564  | ค่ารักษาพยาบาล 15095 ค.ช.ชนินทร์ มากระจันทร์        | 1,160.00  |
| 15/11/2564 | ค่ารักษาพยาบาล ค.ญ.อลินดา เข้มศรี อ.1/4             | 3,890.00  |
| 23/11/2564 | ค่ารักษาพยาบาล ค.ช.ริชาร์ด ฮานเซน ป.2/6             | 520.00    |
| 24/12/2564 | ค่ารักษาพยาบาล ค.ช.อดิสร ฤทธิ์แสน อ.2/5             | 560.00    |
| 24/12/2564 | ค่ารักษาพยาบาล ค.ญ.ชลดา ชุมรัมย์ ป.1/2              | 510.00    |
| 29/12/2564 | ค่ารักษาพยาบาล ค.ช.กฤตภาส ดันติบรรณกุล              | 6,000.00  |

| วันเดือนปี | รายการ                                      | จำนวนเงิน  |
|------------|---------------------------------------------|------------|
| 25/1/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ด.ช.ปณณวิทย์ ศรีวะอุไร ป.4/3 | 3,605.00   |
| 2/2/2565   | ค่ารักษาพยาบาล ด.ช.ปานเทพ มนตรีคลัง ป.5/4   | 4,613.00   |
| 9/2/2565   | ค่ารักษาพยาบาล ด.ช. กรวิชัย ขอบกลาง ป.4/5   | 370.00     |
| 11/2/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ด.ญ.สุปรียา ชูชา ป.2/6       | 2,820.00   |
| 11/2/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ด.ช.ปณณวิทย์ ศรีวะอุไร ป.4/3 | 2,395.00   |
| 15/2/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ด.ช.พัศกร เจียวรัมย์ ป.4/3   | 2,989.00   |
| 15/2/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ด.ญ.ชณิกานต์ สุขเลิศ ป.4/7   | 213.00     |
| 18/2/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ด.ช.สถิตคุณ มิตรรัก อ.2/3    | 1,975.00   |
| 19/2/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ด.ช.กรณ์ แสงจันทร์ ป.1/9     | 2,146.00   |
| 23/2/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ด.ช.อินทัช ป.6/3             | 218.00     |
| 10/3/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ด.ญ.เอลิซ่า ชาร์โดรี ป.1/8   | 1,160.00   |
| 14/3/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ลักษณะนารา คำบาง ป.2/2       | 1,360.00   |
| 16/3/2565  | ค่ารักษาพยาบาล รมิดา แซ่อึ้ง อ.3/4          | 3,609.00   |
| 16/3/2565  | ค่ารักษาพยาบาล สิริวิชญ์ แซ่อึ้ง ป.2/7      | 1,984.00   |
| 16/3/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ชัยณพัฒน์ พงศ์พนิช ป.3/10    | 1,350.00   |
| 16/3/2565  | ค่ารักษาพยาบาล สุขลกาญจน์ แถวสามารถ ป.1/8   | 1,245.00   |
| 21/3/2565  | ค่ารักษาพยาบาล มหัทธโน ชีรวราศัย            | 4,966.00   |
| 22/3/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ธีญวรัตน์ จำปาพันธ์ อ.1      | 510.00     |
| 24/3/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ณิชา สกัจจันต์               | 4,954.00   |
| 25/3/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ภารินทร์ สายรัมย์ ม.3        | 6,000.00   |
| 1/4/2565   | ค่ารักษาพยาบาล อชิตพล จันทรศิริ ม.3         | 705.00     |
| 1/4/2565   | ค่ารักษาพยาบาล ณชคุณ พรหมโลก                | 3,280.00   |
| 9/4/2565   | ค่ารักษาพยาบาล รัชศาสตร์ สุทธีวงศ์          | 3,010.00   |
| 11/4/2565  | ค่ารักษาพยาบาล ณชคุณ พรหมโลก                | 1,977.00   |
| รวม        |                                             | 119,797.00 |

แบบสอบถามความพึงพอใจ  
ผู้มารับบริการงานประกันอุบัติเหตุ  
ปีการศึกษา 2564

รหัสประจำตัวนร.

แบบสอบถาม

ความพึงพอใจของผู้รับบริการโครงการประกันอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ☒ ชาย

2. ☐ หญิง

2. อายุ

1. ☐ น้อยกว่า 30 ปี

2. ☐ 30 – 40 ปี

3. ☒ 41 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการรับบริการ โครงการประกันอุบัติเหตุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

| รายการประเมิน                                           | ระดับความพึงพอใจ |            |                |             |                   |
|---------------------------------------------------------|------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|
|                                                         | มากที่สุด<br>(5) | มาก<br>(4) | ปานกลาง<br>(3) | น้อย<br>(2) | น้อยที่สุด<br>(1) |
| 1. ความสะดวกในการติดต่อประสานงาน                        | ✓                |            |                |             |                   |
| 2. ความสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการ                    | ✓                |            |                |             |                   |
| 3. ความเหมาะสมของรายการคุ้มครองที่ได้รับ                | ✓                |            |                |             |                   |
| 4. ระยะเวลาและขั้นตอนในการรับเงินค่าประกันอุบัติเหตุ    | ✓                |            |                |             |                   |
| 5. ความประทับใจในการให้บริการแต่ละครั้ง                 | ✓                |            |                |             |                   |
| 6. เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ในการให้บริการ | ✓                |            |                |             |                   |
| 7. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตอบข้อซักถามได้ดี     | ✓                |            |                |             |                   |
| 8. เจ้าหน้าที่พูดจา สุภาพ ชี้แจงแจ่มใส เป็นกันเอง       | ✓                |            |                |             |                   |

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

😊 ขอขอบคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถาม 😊

รหัสประจำตัวนร.

.....  
.....

แบบสอบถาม

ความพึงพอใจของผู้รับบริการโครงการประกันอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ☒ ชาย

2. ☐ หญิง

2. อายุ

1. ☐ น้อยกว่า 30 ปี

2. ☐ 30 – 40 ปี

3. ☒ 41 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการรับบริการ โครงการประกันอุบัติเหตุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

| รายการประเมิน                                           | ระดับความพึงพอใจ |            |                |             |                   |
|---------------------------------------------------------|------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|
|                                                         | มากที่สุด<br>(5) | มาก<br>(4) | ปานกลาง<br>(3) | น้อย<br>(2) | น้อยที่สุด<br>(1) |
| 1. ความสะดวกในการติดต่อประสานงาน                        |                  | ✓          |                |             |                   |
| 2. ความสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการ                    |                  | ✓          |                |             |                   |
| 3. ความเหมาะสมของรายการคุ้มครองที่ได้รับ                |                  |            | ✓              |             |                   |
| 4. ระยะเวลาและขั้นตอนในการรับเงินค่าประกันอุบัติเหตุ    |                  | ✓          |                |             |                   |
| 5. ความประทับใจในการให้บริการแต่ละครั้ง                 | ✓                |            |                |             |                   |
| 6. เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ในการให้บริการ | ✓                |            |                |             |                   |
| 7. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตอบข้อซักถามได้ดี     | ✓                |            |                |             |                   |
| 8. เจ้าหน้าที่พูดจา สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นกันเอง     | ✓                |            |                |             |                   |

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....



ขอขอบคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถาม



รหัสประจำตัวนร.

.....  
.....

แบบสอบถาม

ความพึงพอใจของผู้รับบริการโครงการประกันอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ☐ ชาย

2. ☒ หญิง

2. อายุ

1. ☐ น้อยกว่า 30 ปี

2. ☐ 30 – 40 ปี

3. ☒ 41 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการรับบริการ โครงการประกันอุบัติเหตุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

| รายการประเมิน                                           | ระดับความพึงพอใจ |            |                |             |                   |
|---------------------------------------------------------|------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|
|                                                         | มากที่สุด<br>(5) | มาก<br>(4) | ปานกลาง<br>(3) | น้อย<br>(2) | น้อยที่สุด<br>(1) |
| 1. ความสะดวกในการติดต่อประสานงาน                        |                  | ✓          |                |             |                   |
| 2. ความสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการ                    |                  | ✓          |                |             |                   |
| 3. ความเหมาะสมของรายการคุ้มครองที่ได้รับ                |                  | ✓          |                |             |                   |
| 4. ระยะเวลาและขั้นตอนในการรับเงินค่าประกันอุบัติเหตุ    |                  | ✓          |                |             |                   |
| 5. ความประทับใจในการให้บริการแต่ละครั้ง                 |                  | ✓          |                |             |                   |
| 6. เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ในการให้บริการ |                  | ✓          |                |             |                   |
| 7. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตอบข้อซักถามได้ดี     |                  | ✓          |                |             |                   |
| 8. เจ้าหน้าที่พูดจา สุภาพ ชี้แจงแจ่มใส เป็นกันเอง       |                  | ✓          |                |             |                   |

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

😊 ขอขอบคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถาม 😊

รหัสประจำตัวนร.

แบบสอบถาม

ความพึงพอใจของผู้รับบริการโครงการประกันอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ☐ ชาย

2. ☒ หญิง

2. อายุ

1. ☐ น้อยกว่า 30 ปี

2. ☐ 30 – 40 ปี

3. ☒ 41 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการรับบริการ โครงการประกันอุบัติเหตุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกร / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

| รายการประเมิน                                           | ระดับความพึงพอใจ |            |                |             |                   |
|---------------------------------------------------------|------------------|------------|----------------|-------------|-------------------|
|                                                         | มากที่สุด<br>(5) | มาก<br>(4) | ปานกลาง<br>(3) | น้อย<br>(2) | น้อยที่สุด<br>(1) |
| 1. ความสะดวกในการติดต่อประสานงาน                        | ✓                |            |                |             |                   |
| 2. ความสะดวกและรวดเร็วในการให้บริการ                    | ✓                |            |                |             |                   |
| 3. ความเหมาะสมของรายการคุ้มครองที่ได้รับ                |                  | ✓          |                |             |                   |
| 4. ระยะเวลาและขั้นตอนในการรับเงินค่าประกันอุบัติเหตุ    |                  | ✓          |                |             |                   |
| 5. ความประทับใจในการให้บริการแต่ละครั้ง                 |                  | ✓          |                |             |                   |
| 6. เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ในการให้บริการ | ✓                |            |                |             |                   |
| 7. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตอบข้อซักถามได้ดี     | ✓                |            |                |             |                   |
| 8. เจ้าหน้าที่พูดจา สุภาพ อ่อนโยนเป็นกันเอง             | ✓                |            |                |             |                   |

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....



ขอขอบคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถาม



รูปภาพงานประกันอุบัติเหตุ













สำเนาใบสำคัญจ่ายเงินประกันอุบัติเหตุ  
ปีการศึกษา 2564





โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์

ต.ชุมเห็ด อ.เมือง

จ.บุรีรัมย์ 31000



ใบสำคัญจ่ายเงิน

(PAYMENT)

เลขที่.....  
วันที่ 15.11.64

ชื่อผู้รับเงิน / กำนันดา ใช้บัตร..... จ่ายเป็น ☒ เงินสด ☐ เช็คเลขที่..... วันที่.....  
เอกสารเลขที่..... อื่นๆ.....

| ลำดับ | รายการ                                   | จำนวนเงิน   | ลายมือชื่อ     |
|-------|------------------------------------------|-------------|----------------|
| 1     | ค่ารักษาพยาบาล ต.ญ. อติสนธก แจ่มศรี 0.14 | 3890 -      | อนุมัติโดย     |
|       |                                          |             | ตรวจทานโดย     |
|       |                                          |             | ผู้จ่าย        |
|       | รวม                                      | 3890 -      | ✓ กำนันดา      |
| ลำดับ | ชื่อบัญชี                                | เลขที่บัญชี | ผู้รับเงิน     |
|       |                                          | บัญชีคุม    | เดบิต          |
|       |                                          | บัญชีย่อย   | เครดิต         |
|       |                                          |             |                |
|       | รวม                                      |             | บันทึกบัญชีโดย |



โรงพยาบาลบุรีรัมย์ รม

บริษัท บุรีรัมย์รวมแพทย์ จำกัด เลขที่ 197 หมู่ที่ 2 ถ.บุรีรัมย์-พุทไธสง ต.ชุมเห็ด อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000

ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล

ขอตรวจคนไข้ ค.ญ. อลิศา แยมศรี H.N. 386352

วันที่ : 04-10-2564 14:21

ค่าวิชาชีพแพทย์ส่วนที่เป็นของแพทย์(1-2)

| Total    | Discount | Net      |
|----------|----------|----------|
| 1,020.00 |          | 1,020.00 |

ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เป็นของโรงพยาบาล

|          |      |          |
|----------|------|----------|
| 1,710.00 | 0.00 | 1,710.00 |
|----------|------|----------|

Total

|          |      |            |
|----------|------|------------|
| 2,730.00 | 0.00 | 2,730.00 ✓ |
|----------|------|------------|

อ้างอิง BO 2021/035338

ยอดสุทธิ 2,730.00

สองพันเจ็ดร้อยสามสิบบาทถ้วน

จ่ายยาแล้ว

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ รม  
Buriram Ram Hospital  
ผู้รับเงิน จันทร์สุดา บุญเยี่ยม  
เจ้าหน้าที่การเงิน (Cashier Staff)

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ รม

บริษัท บุรีรัมย์รวมแพทย์ จำกัด เลขที่ 197 หมู่ที่ 2 ถ.บุรีรัมย์-พุทไธสง ต.ชุมเห็ด อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000

ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล

ขอตรวจคนไข้ ค.ญ. อลิศา แยมศรี H.N. 386352

วันที่ : 11-10-2564 14:44

ค่าวิชาชีพแพทย์ส่วนที่เป็นของแพทย์(1-1)

| Total  | Discount | Net    |
|--------|----------|--------|
| 400.00 |          | 400.00 |

ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เป็นของโรงพยาบาล

|        |      |        |
|--------|------|--------|
| 760.00 | 0.00 | 760.00 |
|--------|------|--------|

Total

|          |      |            |
|----------|------|------------|
| 1,160.00 | 0.00 | 1,160.00 ✓ |
|----------|------|------------|

อ้างอิง BO 2021/037220

ยอดสุทธิ 1,160.00

หนึ่งพันหนึ่งร้อยหกสิบบาทถ้วน

แล้ว

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ รม  
Buriram Ram Hospital  
ผู้รับเงิน จันทร์สุดา บุญเยี่ยม  
เจ้าหน้าที่การเงิน (Cashier Staff)





บริษัท บุรีรัมย์รวมแพทย์ จำกัด  
BURIRAM RUAM PAED COMPANY LIMITED  
www.buriramramhospital.com

+0000000198858+

197 หมู่ที่ 2 ถนนบุรีรัมย์ - พุทไธสง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 31000 โทร. (+66) 044-614100-7, 044-625340-8 แฟกซ์ (+66) 044-614110, 044-625349  
197 M.2 Buriram-Putthaisong Rd., Chumhead, Buriram 31000 Thailand Tel. (+66) 044-614100-7, 044-625340-8 Fax. (+66) 044-614110, 044-625349

### ใบรับรองแพทย์

เลขที่ MCIO6/2021/008948

แพทย์ผู้ตรวจ

นายแพทย์/แพทย์หญิง นพ. ต่อพงษ์ บุญทรง

(ชื่อ-นามสกุล)

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่ 2.18068

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ราม

หนังสือรับรองฉบับนี้ ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ตรวจผู้มีชื่อข้างต้นนี้ ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ-นามสกุล ค.ญ. อลินดา แยมศรี HN 386352 อายุ 4 ปี

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 74 ม.16 บ้านยาง เมืองบุรีรัมย์บุรีรัมย์ 31000

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย)

ณ สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ราม

เมื่อ วันที่ 11 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564

จากการตรวจร่างกายผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

วินิจฉัยโรค (ควรบอกชื่อโรค บริเวณที่เป็นโรค และระยะของโรค)

อุบัติเหตุบ้านปูนหลังน้ำท่วม วันที่ 04/10/2564 บาดแผลเข้าขา

สรุปความเห็น (ควรระบุงานที่วัน-เพราะเหตุใด)

รับตรวจ ทำแผล และรับยา วันที่ 11/10/2564



ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ 11 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ

หมายเหตุ 1.แบบฟอร์มนี้รับรองโดยแพทย์สภา

2.ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ไม่สามารถใช้อ้างอิงในด้านคดีความ ยกเว้นเป็นการออกโดยแพทย์นิติเวชเท่านั้น

EMR:MCIO6

FMCI-06/Rev1

10/1 ถ.หน้าสถานี ด.ในเมือง  
อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000315121  
โทร. 0-4461-5002 โทรสาร. 0-4461-1282



F-FAM-001

เล่มที่ 1575

เลขที่ 0199

ใบเสร็จรับเงิน

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ กระทรวงสาธารณสุข

O/147240 ; 15750199

วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564

เลขประจำตัวผู้ป่วย 1126583-0022 ชื่อ-สกุล ด.ญ.ชนมณีนดา ชุมรัมย์ ๖.๖.๖5

19:07:05

ชื่อโรค

อุบัติเหตุจราจร

ชำระโดย เงินโอน QR CODE

| สิทธิการรักษา : พรบ./บัตรทองในเขตเมือง<br>รายการ                                          | จำนวนเงิน (บาท)                          |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------|
|                                                                                           | เบิกไม่ได้ตามระเบียบ<br>กระทรวงสาธารณสุข | เบิกได้ |
| 1. ค่ายาในบัญชีหลัก(ไม่ต้องแสดงรหัส)                                                      |                                          | 10.00   |
| 2. ค่าบริการทางการแพทย์ทั่วไป()                                                           |                                          | 70.00   |
| 3. ค่าบริการทางการแพทย์(55020)                                                            |                                          | 50.00   |
| ชำระโดย <input type="checkbox"/> เงินสด<br><input checked="" type="checkbox"/> บัตรเครดิต | 0.00                                     | 130.00  |
| บาท (BAHT) (หนึ่งร้อยสามสิบบาทถ้วน)                                                       | รวมทั้งสิ้น                              | 130.00  |

ต้นฉบับ



ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์เมื่อเรียกเก็บเงินได้ครบถ้วนแล้ว ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี





## ใบแสดงความเห็นแพทย์

โรงพยาบาลบุรีรัมย์

10/1 ถนนหน้าสถานี

อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 31000

วันที่ 22 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ข้าพเจ้า นายแพทย์/ แพทย์หญิง พญ.ณัฏฐา ปิณฑะไพฑูริย์

ว.66916

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

ตำแหน่ง นายแพทย์ระดับ ผู้ชำนาญการ

สังกัดโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ได้ตรวจร่างกาย ต.ป. ร.น.ได้ ผ. ร.น.ไม่

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) 112 658 3 เมื่อวันที่ 22 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น หรือ สันนิษฐานว่าเป็น

แผลกดทับจากผู้ป่วยนอนราบ

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

☒ ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในวันนี้อย่างถูกต้อง

☐ สมควรหยุดพัก ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ถึงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

ลงชื่อ พญ.ณัฏฐา ปิณฑะไพฑูริย์ (แพทย์ผู้ตรวจ)

ว.66916

### \*\*\*หมายเหตุ\*\*\*

- เอกสารฉบับนี้จะสมบูรณ์ ต่อเมื่อมีตราประทับของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ด้วยเท่านั้น
- การปลอมแปลง หรือเพิ่มเติมข้อความใดๆ ลงในใบแสดงความเห็นแพทย์โดยไม่ได้รับอนุญาต มีความผิดตามกฎหมายอาญา
- เอกสารนี้ออกให้ฉบับเดียว หากต้องการใช้หลายกรณี ให้สำเนาเอกสาร และรับรองสำเนาถูกต้องต้นฉบับเก็บไว้

ข้าพเจ้า  
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี  
ผู้รับเงิน/ตำแหน่ง

☎ ติดต่อราชการหมายเลข ๐.ปุรุรัตน์ โทร.044-611366, 081-4708888, 081-6606909 แฟกซ์. 044-620391

C.5026-201158 P1/2





## ใบแสดงความเห็นแพทย์

โรงพยาบาลบุรีรัมย์

10/1 ถนนหน้าสถานี

อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 31000

วันที่ 22 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ข้าพเจ้า นายแพทย์/ แพทย์หญิง..... พญ.ณัฐนันท์ ปิยะพงศ์ไพฑูริย์

ว.66916

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ตำแหน่ง นายแพทย์ระดับ..... ปฏิบัติทาง

สังกัดโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ได้ตรวจร่างกาย..... ด. พ. 1484 กุมารเวช

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN)..... 179443

เมื่อวันที่ 22

เดือน พฤศจิกายน

พ.ศ. 2564

ให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น หรือ สันนิษฐานว่าเป็น.....

พบแผลกดทับบริเวณขาขวา จากอุบัติเหตุ รถจักรยานยนต์

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

☐ ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในวันนี้อย่างถูกต้อง

☒ สมควรหยุดพัก ตั้งแต่วันที่ 22 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 23 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

☒ อื่นๆ (ระบุ)..... อาการไข้เกร็งกล้ามเนื้อ

ลงชื่อ..... พญ.ณัฐนันท์ ปิยะพงศ์ไพฑูริย์ (แพทย์ผู้ตรวจ)



### \*\*\*หมายเหตุ\*\*\*

- เอกสารฉบับนี้จะสมบูรณ์ ต่อเมื่อมีตราประทับของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ด้วยเท่านั้น
- การปลอมแปลง หรือเพิ่มเติมข้อความใดๆ ลงในใบแสดงความเห็นแพทย์โดยไม่ได้รับอนุญาต มีความผิดตามกฎหมายอาญา
- เอกสารนี้ออกให้ฉบับเดียว หากต้องการใช้หลายกรณี ให้สำเนาเอกสาร และรับรองสำเนาถูกต้อง ต้นฉบับเก็บไว้





โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์  
ต.ชุมเห็ด อ.เมือง  
จ.บุรีรัมย์ 31000



ใบสำคัญจ่ายเงิน  
(PAYMENT)

เลขที่.....  
วันที่ 11 กพ. 65

ชื่อผู้รับเงิน ✓ ศรีสุภา ขุฑู ..... จ่ายเป็น ☒ เงินสด ☐ เช็คเลขที่.....วันที่.....  
เอกสารเลขที่.....อื่นๆ.....

| ลำดับ | รายการ         | จำนวนเงิน   | ลายมือชื่อ     |
|-------|----------------|-------------|----------------|
| 1     | ค่ารักษาพยาบาล | 2820 -      | อนุมัติโดย     |
|       |                |             | ตรวจทานโดย     |
|       |                |             | ผู้จ่าย        |
| รวม   |                | 2820 -      |                |
| ลำดับ | ชื่อบัญชี      | เลขที่บัญชี | ผู้รับเงิน     |
|       |                | บัญชีคุม    | บัญชีย่อย      |
|       |                | เดบิต       | เครดิต         |
|       |                |             |                |
|       |                |             |                |
|       |                |             |                |
| รวม   |                |             | บันทึกบัญชีโดย |

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ งาม

ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล

บริษัท บุรีรัมย์รวมแพทย์ จำกัด เลขที่ 197 หมู่ที่ 2 ถ.บุรีรัมย์-พุทไธสง ต.ชุมเห็ด อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000

ขอรวมคนไข้ ค.ญ. สุปรียา ขุฑู H.N. 56229189

วันที่ : 01-02-2565 15:35

ค่าวิชาชีพแพทย์ส่วนที่เป็นของแพทย์(1-1)

| Total  | Discount | Net    |
|--------|----------|--------|
| 600.00 |          | 600.00 |

ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เป็นของโรงพยาบาล

|        |      |        |
|--------|------|--------|
| 660.00 | 0.00 | 660.00 |
|--------|------|--------|

Total

|          |      |            |
|----------|------|------------|
| 1,260.00 | 0.00 | 1,260.00 ✓ |
|----------|------|------------|

อ้างอิง BO 2022/008647

ยอดสุทธิ

1,260.00

หนึ่งพันสองร้อยหกสิบบาทถ้วน

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ งาม  
ได้รับเงิน - น.ส. สุปรียา ขุฑู  
เจ้าหน้าที่การเงิน (Cashier Staff)

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ งาม

บริษัท บุรีรัมย์รวมแพทย์ จำกัด เลขที่ 197 หมู่ที่ 2 ต.บุรีรัมย์-พุทไธสง อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000

ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล

ขอรวมคนไข้ ค.ญ. สุปรียา พุชา H.N. 56229189

วันที่ : 31-01-2565 15:05

ค่าวิชาชีพแพทย์ส่วนที่เป็นของแพทย์(1-1)

Total Discount Net

600.00 600.00

ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เป็นของโรงพยาบาล

960.00 0.00 960.00

Total

1,560.00 0.00 1,560.00 ✓

อ้างอิง BO 2022/008399

ยอดสุทธิ

1,560.00

หนึ่งพันห้าร้อยหกสิบบาทถ้วน



ผู้รับเงิน : นางจริยา เกตุบุรพลกุล

เจ้าหน้าที่การเงิน (Cashier Staff)

สถานที่ทำงาน

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ งาม

ใบเสร็จรับเงิน

บริษัท บุรีรัมย์รวมแพทย์ จำกัด เลขที่ 197 หมู่ที่ 2 ต.บุรีรัมย์-พุทไธสง อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000

BO 2022/008399 DF-1

วันที่ : 31-01-2565 15:05

ใบเสร็จรับเงินของ

นพ. คอพงษ์ บุญทรง [034]

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3349900163518

รับเงินค่าตรวจรักษาพยาบาล ค.ญ. สุปรียา พุชา

H.N. 56229189

วัน/เวลาเข้ารับการรักษา : 31-01-2565 13:44

V.N. 161

วัน/เวลาจำหน่าย :

1.2.1 ค่าตรวจรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพ Physician Evaluation \*\*

600.00

BO 2022/008399

ยอดรวม

หก ร้อย บาทถ้วน



นางจริยา เกตุบุรพลกุล

เจ้าหน้าที่การเงิน (Cashier Staff)





บริษัท บุรีรัมย์รวมแพทย์ จำกัด  
BURIRAM RUAM PAED COMPANY LIMITED  
www.buriramramhospital.com

+0000000251311+

197 หมู่ที่ 2 ถนน บุรีรัมย์ - พุทไธสง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 31000 โทร. (+66) 044-614100-7, 044-625340-8 แฟกซ์ (+66) 044-614110, 044-625349  
197 M.2 Buriram-Puthaisong Rd., Chumhead, Buriram 31000 Thailand Tel. (+66) 044-614100-7, 044-625340-8 Fax. (+66) 044-614110, 044-625349

### ใบรับรองแพทย์

เลขที่ MC106/2022/001145

แพทย์ผู้ตรวจ

นายแพทย์/แพทย์หญิง นพ. ต่อพงษ์ บุญทรง

(ชื่อ-นามสกุล)

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่ 2.18068

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ราม

หนังสือรับรองฉบับนี้ ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ตรวจผู้มีชื่อข้างต้นนี้ ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ-นามสกุล ค.ณ. สุปรียา ชูชา

HN 56229189 อายุ 8 ปี

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 421 ม.17 ชุมเห็ด เมืองบุรีรัมย์ บุรีรัมย์ 31000

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย) 1449901099506

ณ สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ราม

เมื่อ วันที่ 01

เดือน

กุมภาพันธ์

พ.ศ.

2565

จากการตรวจร่างกายผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

วินิจฉัยโรค (ควรบอกชื่อโรค บริเวณที่เป็นโรค และระยะของโรค)

อุบัติเหตุไม่เต็ม ขนาดแผลขาขวา

สรุปความเห็น (ควรระบุงานที่วัน-เพราะเหตุใด)

รับการตรวจทำแผลและรับยา วันที่ 31/01/2565-วันที่ 1/02/2565



ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ

หมายเหตุ 1.แบบฟอร์มนี้รับรองโดยแพทย์สภา

2.ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ไม่สามารถใช้อ้างอิงในด้านคดีความ ยกเว้นเป็นการออกโดยแพทย์นิติเวชเท่านั้น

EMR:MC106

FMCI-06/Rev1

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 3101 00042 25 8

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. ศรีสุดา ชูชา  
Name Miss Seesuda  
Last name Chucha  
เกิดวันที่ 31 มี.ค. 2528  
Date of Birth 31 Mar. 1985  
ศาสนา พุทธ

สูง 421 มม. 17 ค.ม. เพศ อ. เมืองสุรินทร์  
4 พ.ย. 2556 30 มี.ค. 2567  
วันออกบัตร วันหมดอายุ  
4 Sep. 2015 30 Mar. 2024  
Date of Issue Date of Expiry

(นายคุณุตตา (บุตร) เจ้าพนักงานออกบัตร 3101-06-09041128



๒๑ ๙. ๑ ๖5

ศรีสุดา ชูชา







ใบคำร้องขออนุมัติ  
โรงเรียนมารีย์อนุสรณ์ จังหวัดบุรีรัมย์

เลขที่...../.....

วันที่ 2 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่าย งาน/โครงการ ..... ปฐกษัตริย์ นร.

เรียน ผู้จัดการโรงเรียนมารีย์อนุสรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย

ข้าพเจ้า น.ส. อุดมรดา โคกหมื่นชา ตำแหน่ง น้องนางงานโรงเรียนสายชล

สังกัดฝ่าย ธุรการ - การเงิน มีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่ายดังรายการต่อไปนี้

| ลำดับที่                                         | รายการ             | จำนวน | ราคา/หน่วย | รวม   |
|--------------------------------------------------|--------------------|-------|------------|-------|
| 1                                                | ค่ารักษาพยาบาล นร. |       |            | 2890, |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
|                                                  |                    |       |            |       |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (สองพันแปดร้อยยี่สิบจากถ้วน) |                    |       |            | 2890  |

เพื่อใช้ในงานโครงการ.....คู่มือปฏิบัติงาน ไร่ที่ ๑๖ จังหวัด แพร่ที่จางงา (ค.ณ.สาปษา จรา) ๒.๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุมัติ

(นางสาว อรุณดา) เลขที่ ๑๖

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการฝ่ายปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบ

(ซิสเตอร์จำนนท์ ไพรงาม) ผู้อำนวยการ

วันที่ ๒ / ๑.๗. / ๒๕๖๕

☒ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(บาทหลวงสรชัย เจริญพงศ์) ผู้จัดการ

วันที่ 3 / มพ / 2563



โรงพยาบาลบุรีรัมย์ งาม

ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล

บริษัท บุรีรัมย์ร่วมแพทย์ จำกัด เลขที่ 197 หมู่ที่ 2 ต.บุรีรัมย์-พุทไธสง อ.ชุมเห็ด อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000

ขอตรวจคนไข้ ค.ช. กฤตภาส ศันตบรรณกุล H.N. 373384

วันที่ : 28-12-2564 18:08

ค่าวิชาชีพแพทย์ส่วนที่เป็นของแพทย์(1-2)

| Total    | Discount | Net      |
|----------|----------|----------|
| 5,220.00 |          | 5,220.00 |

ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เป็นของโรงพยาบาล

|          |        |          |
|----------|--------|----------|
| 4,335.00 | 118.00 | 4,217.00 |
|----------|--------|----------|

Total

|          |        |          |
|----------|--------|----------|
| 9,555.00 | 118.00 | 9,437.00 |
|----------|--------|----------|



อ้างอิง PO 2021/039035 C002494081 บริษัท บุรีรัมย์ร่วมแพทย์ จำกัด

9,437.00

เก็บเงินสดสามสิบเจ็ดบาทถ้วน

ลายเซ็นผู้ป่วย (Patient Signature)

ผู้รับเงิน : น.ส. สุวรรณี บวรชาติ  
เจ้าหน้าที่การเงิน (Cashier Staff)



บริษัท บุรีรัมย์รวมแพทย์ จำกัด  
BURIRAM RUAM PAED COMPANY LIMITED  
www.buriramramhospital.com

+0000000233246+

197 หมู่ที่ 2 ถนน บุรีรัมย์ - ทุกไร่ลง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 31000 โทร. (+66) 044-614100-7, 044-625340-8 แฟกซ์ (+66) 044-614110, 044-625349  
197 M.2 Buriram-Puthaisong Rd., Chumhead Buriram 31000 Thailand Tel. (+66) 044-614100-7, 044-625340-8 Fax. (+66) 044-614110, 044-625349

### ใบรับรองแพทย์

เลขที่ MC106/2021/011489

แพทย์ผู้ตรวจ

นายแพทย์/แพทย์หญิง นพ. กิตติพงษ์ หอมวิเศษวงศา

(ชื่อ-นามสกุล)

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่ 2.39475

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ราม

หนังสือรับรองฉบับนี้ ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ตรวจผู้มีชื่อข้างต้นนี้ ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ-นามสกุล ด.ช. กฤตภาส ดันติบรรณกุล

HN 373384

อายุ 14 ปี

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 126 ม.4 อีสาน เมืองบุรีรัมย์ บุรีรัมย์ 31000

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย) 1104301057215

ณ สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ราม

เมื่อ วันที่ 28

เดือน

ธันวาคม

พ.ศ.

2564

จากการตรวจร่างกายผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

วินิจฉัยโรค (ควรบอกชื่อโรค บริเวณที่เป็นโรค และระยะของโรค)

เหล็กทับนิ้วซ้ายแมลง 28/12/2564 เวลา 14.00น. จัดขาดเล็บและฐานเล็บ รับการถอดเล็บบางส่วน จี้ไฟฟ้า และตามนิ้ว

สรุปความเห็น (ควรหยุดงานกี่วัน-เพราะเหตุใด)



ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อ วันที่

28

เดือน

ธันวาคม

พ.ศ.

2564

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ

กิตติพงษ์

หมายเหตุ 1.แบบฟอร์มนี้รับรองโดยแพทย์สภา

2.ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ไม่สามารถใช้อ้างอิงในด้านคดีความ ยกเว้นเป็นการออกโดยแพทย์นิติเวชเท่านั้น

EMR:MC106

FMCI-06/Re



บัตรประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 8498100073 20 2  
Identification Number

ชื่อและนามสกุล นาย วรวิทย์ ตันติบรรณกุล  
Name Mr. Worawit Tantibannakul

เกิด 27 ต.ค. 2522  
Date of Birth 27 Oct. 1979

ชาย 71/15 น. สูง 173 ซม. น้ำหนัก 65 กก.  
Sex Male Height 173 cm Weight 65 kg

22 ต.ค. 2564  
Valid Until 22 Oct. 2021

26 ต.ค. 2572  
Valid Until 26 Oct. 2027

3101-03-01221051

(นายวรวิทย์ ตันติบรรณกุล)