**แบบอุทธรณ์ผลการวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))**

**ชื่อหน่วยรับอุทธรณ์............................**

**วันที่ยื่นอุทธรณ์..................................**

๑. รายละเอียดของผู้อุทธรณ์(บุคคลคนเดียวกับผู้ยื่นคำร้อง)

๑.๑ ชื่อ – สกุล....................................................................................

๑.๒ เลขที่บัตรประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □

๑.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.......................................................................................

๑.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก............................................................................. .......................................................โทรศัพท์...................................................................

๒. วันที่ทราบผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฯ ระดับเขต …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..

๓. ข้อโต้แย้ง ข้อเท็จจริง และข้อกฎหมายที่ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฯ ระดับเขต …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมอุทธรณ์

□ความเห็นแพทย์หรือ ที่เกี่ยวข้อง

□เอกสารอื่น …………………………………………………………

ลงชื่อ ................................................ผู้อุทธรณ์

(………………………………………………..………..)