ทะเบียนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (รวมส่งสสจ.ทุก 6 เดือน รอบ ต.ค.-มี.ค. และ เม.ย.-ก.ย.)

โรงพยาบาล.....ผู้ติดต่อประสานงาน.ทพ.....โทร.....

ลำดับที่	วันที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	สิทธิ	โทรศัพท์	รับ refer จาก	ส่งรักษาต่อที่	วันที่ส่งต่อ	NOTE