

แบบรายงานข้อมูลการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ของผู้รับบริการชาวต่างชาติ

ของ สถานพยาบาลจังหวัด..... (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.)

ชนิดของบริการ	ไข่บริจาค (Donor Oocyte)	อสุจิบริจาค (Donor Sperm)	ตัวอ่อนบริจาค (Donor Embryo)	การตรวจพันธุกรรม ตัวอ่อน(PGS)	ART (Non-PGS)	รวม
ประเทศและจำนวนผู้รับบริการ (คู่-ราย)						
๑. จำนวนผู้รับบริการที่เป็นชาวต่างชาติทั้ง ๒ ฝ่าย รวมทั้งหมด.....คู่						
๒. จำนวนผู้รับบริการที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นชาวต่างชาติ รวมทั้งหมด.....คู่						
๓. จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติเพศชายทั้งหมดราย						
๓.๑ ประเทศ(ราย)						
๓.๒ ประเทศ(ราย)						
๓.๓ ประเทศ(ราย)						
๓.๔ ประเทศ(ราย)						
๓.๕ (กรณีระบุให้ครบถ้วน) ฯลฯ						
๔. จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติเพศหญิงทั้งหมด.....ราย						
๔.๑ ประเทศ(ราย)						
๔.๒ ประเทศ(ราย)						
๔.๓ ประเทศ(ราย)						
๔.๔ ประเทศ(ราย)						
๔.๕ (กรณีระบุให้ครบถ้วน) ฯลฯ						

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

วันที่.....