



ใบวางบิล/ใบแจ้งหนี้

ต้นฉบับ

ห้างหุ้นส่วนจำกัดมีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ (สำนักงานใหญ่)
64/36 หมู่ 7 ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20130
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]
โทร. 033-004-464
เบอร์มือถือ [REDACTED]
โทรสาร 033-005-320

เลขที่ BL2026020123
วันที่ 04/02/2026
ผู้ขาย [REDACTED]

ลูกค้า
บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน) (สำนักงาน สาขา 3)
90/2 ถนนศรีราชานคร3 ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]

#	รายละเอียด	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ยอดรวม
1	บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เดือน มกราคม 2569	1,699.18 กิโลกรัม	[REDACTED]	[REDACTED]

รวมเป็นเงิน

ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%

ราคาไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น

หมายเหตุ
โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา 2

ในนาม บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน)

ในนาม ห้างหุ้นส่วนจำกัดมีสไนติงเกล เฮลท์แคร์



หัวหน้าหน่วยแม่บ้าน

ผู้รับวางบิล

19/02/69

วันที่



ผู้วางบิล

04 ก.พ. 2569

วันที่



ใบกำกับภาษี/ใบเสร็จรับเงิน

ต้นฉบับ (เอกสารออกเป็นชุด)

ห้างหุ้นส่วนจำกัดมีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ (สำนักงานใหญ่)
64/36 หมู่ 7 ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20130
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]
โทร. 033-004-464
เบอร์มือถือ [REDACTED]
โทรสาร 033-005-320

เลขที่ INV2026020132
วันที่ 04/02/2026
ผู้ขาย [REDACTED]
อ้างอิง BL2026020123

ลูกค้า

บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน) (สำนักงาน สาขา 3)
90/2 ถนนศรีราชานคร3 ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]

#	รายละเอียด	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ยอดรวม
1	บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เดือน มกราคม 2569	1,699.18 กิโลกรัม	[REDACTED]	[REDACTED]

รวมเป็นเงิน

ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%

ราคาไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น

หมายเหตุ

โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา 2

การชำระเงินจะสมบูรณ์เมื่อบริษัทได้รับเงินเรียบร้อยแล้ว ☐ เงินสด ☐ เช็ค ☐ โอนเงิน ☐ บัตรเครดิต

ธนาคาร เลขที่ วันที่ จำนวนเงิน

ในนาม บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน)

ในนาม ห้างหุ้นส่วนจำกัดมีสไนติงเกล เฮลท์แคร์

หัวหน้าหน่วยแม่บ้าน
ผู้จ่ายเงิน

๓๑/๐๒/๒๕๖๙
วันที่

ผู้รับเงิน

วันที่

หนังสือรับรอง สรุปส่งทำลายมูลฝอยติดเชื้อ

เดือนมกราคม 2569

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด มิสไนติงเกล เฮลท์แคร์ เป็นผู้เก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา(2) ตั้งอยู่ 90/2 ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ห้างฯ ขอสรุปปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อที่ทำการเก็บขนและกำจัดดังนี้ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่/เดือน/ปี	น้ำหนัก (กก.)	ทะเบียนรถ	หมายเหตุ
1	1/1/2569	21.66		
2	2/1/2569	23.74		
3	3/1/2569	28.18		
4	5/1/2569	93.54		
5	6/1/2569	44.70		
6	7/1/2569	40.84		
7	8/1/2569	46.40		
8	9/1/2569	46.84		
9	10/1/2569	53.74		
10	12/1/2569	124.52		
11	13/1/2569	60.40		
12	14/1/2569	53.62		
13	15/1/2569	60.88		
14	16/1/2569	53.46		
15	17/1/2569	68.02		
16	19/1/2569	133.00		
17	20/1/2569	60.04		
18	21/1/2569	73.40		
19	22/1/2569	65.38		
20	23/1/2569	61.60		
21	24/1/2569	56.28		
22	26/1/2569	128.72		
23	27/1/2569	60.36		
24	28/1/2569	58.38		
25	29/1/2569	50.82		
26	30/1/2569	55.10		
27	31/1/2569	75.56		
รวมน้ำหนัก			1,699.18 กิโลกรัม	

ผู้จัดการแผนกแม่บ้านและห้องผ้า



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดตามมาตรฐานการรับรองด้านการจัดการคุณภาพ (ISO9001:2015) และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (ISO14001:2015) นำไปกำจัดด้วยวิธีการเผาทำลายด้วยเตาเผาที่ได้มาตรฐาน โดยข้าพเจ้าปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด



ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวทิตยา ขวัญจอม)

เจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อม

ห้างหุ้นส่วนจำกัด มิสไนติงเกล เฮลท์แคร์



ผู้จัดการแผนกแม่บ้านและห้องผ้า

ALL WASTE
BY MISSNIGHTINGALE HEALTHCARE



ใบวางบิล/ใบแจ้งหนี้

ต้นฉบับ

ห้างหุ้นส่วนจำกัดมีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ (สำนักงานใหญ่)
64/36 หมู่ 7 ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20130
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]
โทร. 033-004-464
เบอร์มือถือ [REDACTED]
โทรสาร 033-005-320

เลขที่ BL2026060364
วันที่ 26/06/2026
ผู้ขาย [REDACTED]

ลูกค้า
บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน) (สำนักงาน สาขา 3)
90/2 ถนนศรีราชานคร3 ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]

#	รายละเอียด	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ยอดรวม
1	บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เดือน กุมภาพันธ์ 2569	892.58 กิโลกรัม	[REDACTED]	[REDACTED]

รวมเป็นเงิน
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%
ราคาไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น

หมายเหตุ
โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา 2

ในนาม บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน)

ในนาม ห้างหุ้นส่วนจำกัดมีสไนติงเกล เฮลท์แคร์

26 มิ.ย. 2569

ผู้รับวางบิล

วันที่

ผู้วางบิล

วันที่

หนังสือรับรอง สรุปส่งทำลายมูลฝอยติดเชื้อ

เดือนกุมภาพันธ์ 2569

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ เป็นผู้เก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา(2) ตั้งอยู่ 90/2 ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ห้างฯ ขอสรุปปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยติดเชื้อที่ทำการเก็บขนและกำจัดดังนี้ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่/เดือน/ปี	น้ำหนัก (กก.)	ทะเบียนรถ	หมายเหตุ
1	16/2/2569	120.36		
2	17/2/2569	61.74		
3	18/2/2569	69.94		
4	19/2/2569	69.16		
5	20/2/2569	73.96		
6	21/2/2569	68.36		
7	23/2/2569	124.44		
8	24/2/2569	65.96		
9	25/2/2569	64.28		
10	26/2/2569	65.62		
11	27/2/2569	60.88		
12	28/2/2569	47.88		
รวมน้ำหนัก		892.58 กิโลกรัม		

ห้างฯขอรับรองว่า ได้ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดตามมาตรฐานการรับรองด้านการจัดการคุณภาพ (ISO9001:2015) และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (ISO14001:2015) นำไปกำจัดด้วยวิธีการเผาทำลายด้วยเตาเผาที่ได้มาตรฐาน โดย ห้างฯปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวอติยา ขวัญจอม)

เจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อม

ห้างหุ้นส่วนจำกัด มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์



BY MISSNIGHTINGALE HEALTHCARE

เล่มที่ 505



เลขที่ 25216

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้..... ปริมาณหุ้มนิ 10° C.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
16.2.69	รพ. พญาไท ศรีราชา 2	08:50	10:15	120.36		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอนไวรอนเม้นทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด ที่อยู่..... 965 ม.2 นิคมบางปู ด.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ..
 โทรศัพท์..... 02-709-2546 โทรสาร..... 02-7092547

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อ..... ข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ..... 120.36 กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป. 16/2/69 ที่รับมอบ

เล่มที่ 505



เลขที่ 25222

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 ลำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้..... รถบรรทุก 10° C.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
19.02.69	รพ.สุราษฎร์ธานี	08:16	09:15	61.74		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอย..... ส่งเป็นไปตาม.....
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเมนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด..... ที่อยู่..... 965 ม.2 นิคมบางปู ต.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ.....
 โทรศัพท์..... 02-709-2546..... โทรสาร..... 02-7092546.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ระบุว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อ..... ปริมาณสุทธิ..... 61.74 กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป. 19.02.69 ที่รับมอบ

เล่มที่ 505



เลขที่ 25229

เอกสารกำกับ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เซลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้..... ปรับอุณหภูมิ 10° C.....
 เลขทะเบียน..... ..ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... ..โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
18.2.69	รพ. พญาไท ศรีราชา 2	08:31	09:35	69.94		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจง..... ..ลายเซ็น.....

บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเมนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด..... ที่อยู่..... 965 ม.2 นิคมบางปู ต.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ
 สถานที่จำกัด..... 2-709-2546..... โทรศัพท์..... 02-7092547
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....
 คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ..... 69.94..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง..... ..ลายเซ็น..... ..ว.ด.ป..... 18/2/69..... ที่รับมอบ

เล่มที่ 505



เลขที่ 25235

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้..... รถยนต์บรรทุก 10 ตัน.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
19.2.2560	รพ.พญาไท ศิริราช 2	08:06	09:10	69.16		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ก่อกำเนิด และได้นำส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด : ที่อยู่.....
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....
 คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ขนส่ง และได้นำไปกำจัดอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

เล่มที่ 511



เลขที่ 25536

เอกสารกำกับ การขนส่ง ผลผลิต ติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนา ส่งกลับ โรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์ 033-004-464
 ลักษณะพาหะที่ใส่..... 10°C หรือต่ำกว่าได้.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคน..... โทรศัพท์ 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์ 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบผลผลิตติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และ
 ฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด ผลผลิตติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณผลผลิต (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบผลผลิต(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
17-2-69	รพ. พญาไท ศรีราชา 2	08.45	09.20	60.88		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับผลผลิตติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย-
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอนไวรอนเม้นทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด ที่อยู่ 965 ม.2 นิคมบางปู ต.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ
 โทรศัพท์ 02-709-2546 โทรสาร 02-7092547

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้..... ปริมาณ..... 60.88..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ..... ว.ด.ป 22/2/69..... ที่รับมอบ

เล่มที่ 504



เลขที่ 25179

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เซลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้..... รถบรรทุก 10° C.....
 เลขทะเบียน..... ..ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อนักงานเก็บขน..... .. โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
28.2.69	รพ. พญาไท ศรีราชา 2	08:29	09:30	17.88		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้นำส่งเป็นไปตาม.....
 ชื่อตัวบรรจุ..... ..ลายเซ็น.....

สถานที่กำจัด : 965 ม.2 นิคมบางปู ด.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ
 โทรศัพท์..... โทรสาร..... 02-7092547

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ..... 47.88..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ..... ..ลายเซ็น..... ..ว.ด.ป..... 28/2/69..... ที่รับมอบ



ใบวางบิล/ใบแจ้งหนี้

ต้นฉบับ

ห้างหุ้นส่วนจำกัดมีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ (สำนักงานใหญ่)
64/36 หมู่ 7 ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20130
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]
โทร. 033-004-464
เบอร์มือถือ [REDACTED]
โทรสาร 033-005-320

เลขที่ BL2026060371
วันที่ 26/06/2026
ผู้ขาย [REDACTED]

ลูกค้า
บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน) (สำนักงาน สาขา 3)
90/2 ถนนศรีราชนคร3 ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]

#	รายละเอียด	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ยอดรวม
1	บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เดือน มีนาคม 2569	991.34 กิโลกรัม	[REDACTED]	[REDACTED]

รวมเป็นเงิน

ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%

ราคาไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น

หมายเหตุ

โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา 2

ในนาม บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน)

ในนาม ห้างหุ้นส่วนจำกัดมีสไนติงเกล เฮลท์แคร์

26 มิ.ย. 2569

ผู้รับวางบิล

วันที่

ผู้วางบิล

วันที่

หนังสือรับรอง สรุปส่งทำลายมูลฝอยติดเชื้อ

เดือนมีนาคม 2569

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ เป็นผู้เก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา(2) ตั้งอยู่ 90/2 ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ห้างฯ ขอสรุปปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อที่ทำการเก็บขนและกำจัดดังนี้ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่/เดือน/ปี	น้ำหนัก (กก.)	ทะเบียนรถ	หมายเหตุ
1	2/3/2569	98.52		
2	3/3/2569	59.10		
3	4/3/2569	57.10		
4	5/3/2569	43.00		
5	6/3/2569	43.08		
6	7/3/2569	38.24		
7	9/3/2569	69.68		
8	10/3/2569	32.76		
9	11/3/2569	26.56		
10	12/3/2569	22.82		
11	13/3/2569	23.68		
12	14/3/2569	19.22		
13	16/3/2569	51.24		
14	17/3/2569	31.74		
15	18/3/2569	37.72		
16	19/3/2569	31.22		
17	20/3/2569	30.90		
18	21/3/2569	42.72		
19	23/3/2569	42.28		
20	24/3/2569	20.60		
21	25/3/2569	24.30		
22	26/3/2569	24.82		
23	27/3/2569	23.22		
24	28/3/2569	22.08		
25	30/3/2569	48.06		
26	31/3/2569	26.68		
รวมน้ำหนัก		991.34 กิโลกรัม		



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดตามมาตรฐานการรับรองด้านการจัดการคุณภาพ (ISO9001:2015) และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (ISO14001:2015) นำไปกำจัดด้วยวิธีการเผาทำลายด้วยเตาเผาที่ได้มาตรฐาน โดยปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด



ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวทิตยา ขวัญจอม)

เจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อม

ห้างหุ้นส่วนจำกัด มิสไนติงเกล เฮลท์แคร์

BY MISSNIGHTINGALE HEALTHCARE

เล่มที่ 504



เลขที่ 25183

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี โทรศัพท์ 033-004-464
 ลักษณะพาหุพาหุ... 10°C หรือต่ำกว่าได้
 เลขทะเบียน... ชื่อคนขับรถ... โทรศัพท์ 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน... โทรศัพท์ 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
23.09	รพ.ทพ.ศิริราช 2	09:12	10:10	98.52		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว และได้นำส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจุ... ลายเซ็น...

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเม้นทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด ที่อยู่... 165-4-2 นิคมบางปู ต.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ
 โทรศัพท์ 02-709-2546 โทรสาร 02-7092547

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ 98.52 กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ... ลายเซ็น... ว.ด.ป. 2/10/69 ที่รับมอบ

เล่มที่ 504



เลขที่ 25189

เอกสารกำกับการณ์ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เซลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464

ลักษณะพาหนะที่ใช้..... ปรับอุณหภูมิ 10° C.....

เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับ..... โทรศัพท์..... 033-004-464

ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อการณ์ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
9.9.69	รพ. เกษมโกศล ศรีราชา 2	08:26	09:25	59.10		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเมนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด..... ที่อยู่..... 165 ม.2 บึงคางบางปู ต.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... 02-7092547.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อ..... ที่ระบุข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... ๗/๙/๖๙..... ที่รับมอบ

เล่มที่ 504



เลขที่ 25195

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เซลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้..... รถบรรทุก 10.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
1.9.69	รพ. พญาไท ศรีราช 2	08:05	09:00	57.10		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

บริษัท ไรซ์กรุ๊ป จำกัด
 สถานที่จำกัด : 15/5 ม.1 ต.หนองกุงใหญ่ อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000
 โทรศัพท์..... โทรสาร..... 086-4466295, 086-4001520, 090-9409932
 คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าได้รับมอบมูลฝอย..... 57.10 กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... ที่รับมอบ

เล่มที่ 513



เลขที่ 25602

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์ 033-004-464
 ลักษณะพาหะที่ใส่..... ปริมาณหุ้ม 10° C.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์ 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์ 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
5.3.๒	รพ.พญาไท ศิริราช 2	08:08	09:05	13		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเมนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด.....
 โทรศัพท์..... โทรสาร.....
 ที่อยู่..... 965 ม.2 นิคมบางปู ต.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... 5/3/69 ที่รับมอบ

เล่มที่ 513



เลขที่ 25608

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหะที่ใส่..... ปริมาณ 10°C หรือต่ำกว่าได้.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
6.9.69	รพ. พญาไท ศรีราชา 2	08:10	09:15	13.08		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : ที่อยู่.....
 โทรศัพท์..... บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเม้นทาล คอเมิร์เชียล จำกัด 965 ม.2 บึงมาบางปู ต.บางใหญ่ อ....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อ..... ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป. 8/3/69 ที่รับมอบ 43-08

เล่มที่ 526



เลขที่ 26292

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้..... ปรับอุณหภูมิ 10° C.....
 เลขทะเบียน..... ..ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อนักงานเก็บขน..... ..โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
28.3.69	รพ.พญาไท ศรีราชา 2	08:30	09:20	22.08		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว และได้ขนส่งเป็นไปตามที่.....
 ชื่อตัวบรรจง..... ..ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอนไวรอนเม้นทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด..... ที่อยู่..... 965 ม.2 บึงบางปู ต.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ.....
 โทรศัพท์..... ๐๖-๗๐๙-๒๕๔๖..... โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อ..... ..ปริมาณสุทธิ..... 22.08..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง..... ..ลายเซ็น..... ..ว.ด.ป..... 28/3/69..... ที่รับมอบ

เล่มที่ 526



เลขที่ 26300

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เซลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหุ..... นอุณหภูมิ 10° C.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และ
 ฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
30-3-69	รพ.พญาไท ศรีราชา 2	09:10	09:10	48.06		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอนไวรอนเมนทอล คลมเพล็กซ์ จำกัด ที่อยู่ 965 ม.2 นิคมบางปู ต.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ

โทรศัพท์..... 02 700-2546 โทรสาร.....

คำรับรองของผู้กำจัด..... ระบุว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อ..... ระบุข้างต้น ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... ที่รับมอบ

เล่มที่ 529



เลขที่ 26405

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่... หจก.มีสไนติงเกล เซลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี โทรศัพท์... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้... ปรับอุณหภูมิ 10° C ... โทรศัพท์... 033-004-464
 เลขทะเบียน... ... ชื่อคนขับรถ... โทรศัพท์... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน... ... โทรศัพท์... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
๑๖.๑.๖๙	รพ.พญาไท ศรีราชา ๒	08:11	09:05	26.68		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจง... ... ลายเซ็น...

สถานที่จำกัด : ... ที่อยู่...

โทรศัพท์... ๙๖๕ ม.๒ ต.บางนาใหม่ อ.สมุทรปราการ

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้า... ได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ... ๒๖.๖๘ ... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง... ... ลายเซ็น... ว.ด.ป. ๑๙/๑๖ ที่รับมอบ



ใบวางบิล/ใบแจ้งหนี้ ต้นฉบับ

ห้างหุ้นส่วนจำกัดมัสโนติงเกล เฮลท์แคร์ (สำนักงานใหญ่)
64/36 หมู่ 7 ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20130
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]
โทร. 033-004-464
เบอร์มือถือ [REDACTED]
โทรสาร 033-005-320

เลขที่ BL2026060378
วันที่ 26/06/2026
ผู้ขาย [REDACTED]

ลูกค้า
บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน) (สำนักงาน สาขา 3)
90/2 ถนนศรีราชานคร3 ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]

#	รายละเอียด	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ยอดรวม
1	บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เดือน เมษายน 2569	698.7 กิโลกรัม	[REDACTED]	

	รวมเป็นเงิน	[REDACTED]
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	[REDACTED]
	ราคาไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม	[REDACTED]
	จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	[REDACTED]

หมายเหตุ
โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา 2

ในนาม บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน)

ในนาม ห้างหุ้นส่วนจำกัดมัสโนติงเกล เฮลท์แคร์

26 มิ.ย. 2569

ผู้รับวางบิล

วันที่

ผู้วางบิล

วันที่

หนังสือรับรอง สรุปส่งทำลายมูลฝอยติดเชื้อ

เดือนเมษายน 2569

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ เป็นผู้เก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา(2) ตั้งอยู่ 90/2 ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ห้างฯ ขอสรุปปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อที่ทำการเก็บขนและกำจัดดังนี้ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่/เดือน/ปี	น้ำหนัก (กก.)	ทะเบียนรถ	หมายเหตุ
1	1/4/2569	22.82		
2	2/4/2569	33.96		
3	3/4/2569	24.04		
4	4/4/2569	23.4		
5	6/4/2569	49.48		
6	7/4/2569	26.24		
7	8/4/2569	22.72		
8	9/4/2569	26.08		
9	10/4/2569	21.84		
10	11/4/2569	24.88		
11	13/4/2569	46.04		
12	14/4/2569	18.38		
13	15/4/2569	18.66		
14	16/4/2569	18.58		
15	17/4/2569	19.74		
16	18/4/2569	24.26		
17	20/4/2569	45.16		
18	21/4/2569	26.52		
19	22/4/2569	20.66		
20	23/4/2569	31.48		
21	24/4/2569	24.22		
22	25/4/2569	20.34		
23	27/4/2569	39.82		
24	28/4/2569	18.02		
25	29/4/2569	20.44		
26	30/4/2569	21.92		
รวมน้ำหนัก		698.70 กิโลกรัม		





ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดตามมาตรฐานการรับรองด้านการจัดการคุณภาพ (ISO9001:2015) และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (ISO14001:2015) นำไปกำจัดด้วยวิธีการเผาทำลายด้วยเตาเผาที่ได้มาตรฐาน โดยทางปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด



ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวทิตยา ขวัญจอม)

เจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อม

ห้างหุ้นส่วนจำกัด มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์

BY MISSNIGHTINGALE HEALTHCARE

เล่มที่ 529



เลขที่ 26412

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่... หจก. มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี โทรศัพท์... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้... ปรับอุณหภูมิ 10° C...
 เลขทะเบียน... ชื่อคนขับรถ... โทรศัพท์... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน... โทรศัพท์... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนต : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนต มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
1.1.69	รพ. ต.นาโตะ ศรีธรรม 2	08:16	09:40	22.82		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจง... ลายเซ็น...

สถานที่จำกัด :... ที่อยู่...
 โทรศัพท์... โทรสาร...

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง... ลายเซ็น... ว.ด.ป. 19/12 ที่รับมอบ

เล่มที่ 529



เลขที่ 26421

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี.....โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหะที่ใส่..... ภาชนะอุณหภูมิ 10° C.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้กักนำ : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และ
 ฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
21.09.65	พ.ท.น.ท.ศิริราช 2	08:32	09:30	33.96		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอย.....ส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจุ.....ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด :ที่อยู่.....
 โทรศัพท์..... 965 ม.2 บิดามารดา ดังกล่าว.....

คำรับรองของผู้จำกัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ..... 33.96.....กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ.....ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... 3/10/65.....ที่รับมอบ

เล่มที่ 570



เลขที่ 28474

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี โทรศัพท์ 033-004-464
 ลักษณะพาหุเชื้อ ไข้หวัดใหญ่ 10⁶ TCID₅₀/โดส 6
 เลขทะเบียน [redacted] ชื่อคนขับ [redacted] โทรศัพท์ 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน [redacted] โทรศัพท์ 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
22.11.66	รพ.พญาไท ศรีราชา 2	08:22	09:15	20.66	[redacted]	[redacted]

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อ [redacted] เป็นไปทาง [redacted] และ [redacted]
 ชื่อตัวบรรจุ [redacted] ลายเซ็น [redacted]

สถานที่จำกัด : 15/5 ม.1 ต.พ. อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000
 โทรศัพท์ [redacted] โทรสาร [redacted] ที่อยู่ [redacted] 086-4001520, 090-3433932

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าได้รับมูลฝอยติดเชื้อ [redacted] ข้างต้น ปริมาณสุทธิ 20.66 กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ [redacted] ลายเซ็น [redacted] ว.ด.ป. 28-11-66 ที่รับมอบ

เล่มที่ 570



เลขที่ 28480

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์ 033-004-464
 ลักษณะพา..... นหภูมิ 10° C.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์ 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์ 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
2561.09	รพ.พญาไท ศรีราชา 2	08:00	09:00	31.48		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับ..... ส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : โทรศัพท์มือถือ 086-..... ที่อยู่ 295, 086-4001520, 092-2422932

โทรศัพท์..... โทรสาร..... www.chotthakompi.com

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้า..... ได้รับมูลฝอยติดเชื้อ..... ข้างต้นปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... ที่รับมอบ

เล่มที่ 570



เลขที่ 28493

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ หจก.มีสไนติงเกล เซลท์แควร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี โทรศัพท์ 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้ ปรารถนาคอมมิ 10° C หรือต่ำกว่าได้ โทรศัพท์ 033-004-464
 เลขทะเบียน [redacted] ชื่อคนขับรถ [redacted] โทรศัพท์ 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน [redacted] โทรศัพท์ 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
25.1.64	รพ.พญาไท ศรีนคร 2	08:37	09:30	20.34	[redacted]	[redacted]

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว และได้นำส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจุ [redacted] ...ลายเซ็น [redacted]

สถานที่จำกัด : [redacted] ที่อยู่ [redacted]
 โทรศัพท์ [redacted] โทรสาร [redacted]
 คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าได้รับมูลฝอยติดเชื้อ [redacted] ที่ระบุข้างต้นเป็นปริมาณสุทธิ [redacted] กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ [redacted] ...ลายเซ็น [redacted] ...ว.ด.ป. [redacted] ที่รับมอบ

เล่มที่ 570

ISO
9001
Quality
ManagementISO
14001
Environmental
Management

เลขที่ 28498

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี โทรศัพท์ 033-004-464

ลักษณะพาหนะที่ใช้ รถบรรทุก 10° C หรือต่ำกว่าได้

เลขทะเบียน [redacted] .. ชื่อคนขับ [redacted] โทรศัพท์ 033-004-464

ชื่อพนักงานเก็บขน [redacted] โทรศัพท์ 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
27.1.63	รพ.พญาไท ศรีนคร 2	09:00	10:05	99.82	[redacted]	[redacted]

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ชื่อตัวบรรจุ [redacted] ..ลายเซ็น [redacted]

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเม้นทัล คอมเพล็กซ์ จำกัด

โทรศัพท์ 02-709-2546 โทรสาร 02-709-2541

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น ปริมาณสุทธิ 99.82 กิโลกรัม

ชื่อตัวบรรจุ [redacted] ..ลายเซ็น [redacted] ..ว.ด.ป. 19/1/63

เล่มที่ 580



เลขที่ 28960

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์ 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้..... ตู้เย็นอุณหภูมิ 10° C.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์ 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์ 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
22.09.64	รพ.พญาไท ศรีราชา 2	08:15	09:40	20.44		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด :..... บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเม้นทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด.....
 โทรศัพท์..... 02-709-2546..... โทรสาร..... 02-709-2547.....
 คำรับรองของผู้กำจัด :..... รับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อที่ระบุข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... 22/09/64..... ที่รับมอบ

เล่มที่ 580



เลขที่ 28954

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้..... ปรักแถมอุณหภูมิ 10° C ที่.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
28.1.64	รพ. มณฑาโต ศรีราชา 2	08:45	09:35	18.02		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเม้นทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด.....
 โทรศัพท์..... 02-709-2546..... โทรสาร..... 02-7092557.....

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอย..... ที่ระบุข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... 19/6/64..... ที่รับมอบ

เล่มที่ 580



เลขที่ 28967

เอกสารกำกับ การขนส่ง มูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี โทรศัพท์ 033-004-464
 ลักษณะพาหุพาหุ 10°C 6 02
 เลขทะเบียน ... ชื่อคนขับรถ ... โทรศัพท์ 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน ... โทรศัพท์ 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
20.1.69	รพ.พญาไท ศรีราชา 2	08:35	09:20	21.92		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว และได้นำส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจุ ... ลายเซ็น ...

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอนไวรอนเม้นทอล คลมเพล็กซ์ จำกัด ที่อยู่ ...
 โทรศัพท์ 02-700-2546 โทรสาร 1

คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอย ... ปริมาณสุทธิ 21.92 กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ ... ลายเซ็น ... ว.ด.ป. 21.92 ที่รับมอบ



ใบวางบิล/ใบแจ้งหนี้

ต้นฉบับ

ห้างหุ้นส่วนจำกัดมีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ (สำนักงานใหญ่)
64/36 หมู่ 7 ตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20130
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]
โทร. 033-004-464
เบอร์มือถือ [REDACTED]
โทรสาร 033-005-320

เลขที่ BL2026060385
วันที่ 26/06/2026
ผู้ขาย [REDACTED]

ลูกค้า
บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน) (สำนักงาน สาขา 3)
90/2 ถนนศรีราชานคร3 ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี [REDACTED]

#	รายละเอียด	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ยอดรวม
1	บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เดือน พฤษภาคม 2569	695.78 กิโลกรัม	[REDACTED]	

		รวมเป็นเงิน	[REDACTED]
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	[REDACTED]
		ราคาไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม	[REDACTED]
		จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	[REDACTED]

หมายเหตุ
โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา 2

ในนาม บริษัท โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา จำกัด (มหาชน)

ในนาม ห้างหุ้นส่วนจำกัดมีสไนติงเกล เฮลท์แคร์

26 มิ.ย. 2569

ผู้รับวางบิล

วันที่

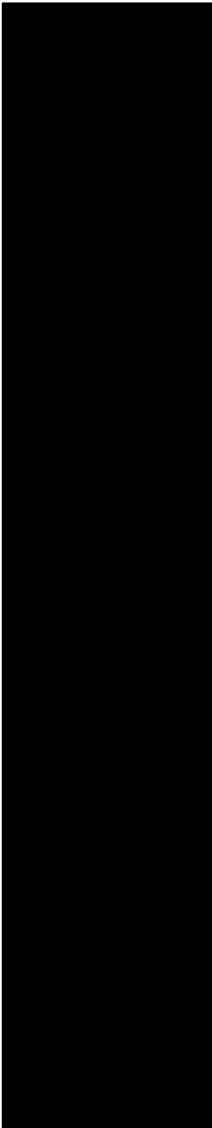
ผู้วางบิล

วันที่

หนังสือรับรอง สรุปส่งทำลายมูลฝอยติดเชื้อ

เดือนพฤษภาคม 2569

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด มิสไนติงเกล เฮลท์แคร์ เป็นผู้เก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา(2) ตั้งอยู่ 90/2 ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ห้างฯ ขอสรุปปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อที่ทำการเก็บขนและกำจัดดังนี้ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่/เดือน/ปี	น้ำหนัก (กก.)	ทะเบียนรถ	หมายเหตุ
1	1/5/2569	19.84		
2	2/5/2569	28.20		
3	4/5/2569	41.44		
4	5/5/2569	19.76		
5	6/5/2569	22.04		
6	7/5/2569	21.18		
7	8/5/2569	26.14		
8	9/5/2569	21.68		
9	11/5/2569	56.02		
10	12/5/2569	26.14		
11	13/05/2569	24.08		
12	14/05/2569	26.58		
13	15/05/2569	20.26		
14	16/05/2569	21.80		
15	18/05/2569	58.12		
16	19/05/2569	19.84		
17	20/05/2569	22.92		
18	21/05/2569	20.30		
19	22/05/2569	22.14		
20	23/05/2569	21.48		
21	25/05/2569	49.34		
22	26/05/2569	19.50		
23	27/05/2569	17.84		
24	28/05/2569	24.38		
25	29/05/2569	24.90		
26	30/05/2569	19.86		
รวมน้ำหนัก		695.78 กิโลกรัม		



บริษัทฯ ขอรับรองว่า ได้ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดตามมาตรฐานการรับรองด้านการจัดการคุณภาพ (ISO9001:2015) และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (ISO14001:2015) นำไปกำจัดด้วยวิธีการเผาทำลายด้วยเตาเผาที่ได้มาตรฐาน โดยปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด

ขอแสดงความนับถือ

นพ

(นางสาวชลธิชา ไชเวช)

เจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อม

ห้างหุ้นส่วนจำกัด มิสไนติงเกล เฮลท์แคร์

BY MISSNIGHTINGALE HEALTHCARE

เล่มที่ 580



เลขที่ 28975

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี.....โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้..... กำลังยานยนต์ 10..... หรือต่ำกว่าได้ 6 0/
 เลขทะเบียน..... [redacted]..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... [redacted]..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
1.5.64	รพ.พญาไท ศรีนคร 2	08:10	09:20	19.84	[redacted]	[redacted]

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้นำส่งเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจง..... [redacted].....ลายเซ็น..... [redacted]

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเม้นทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด
 02-709-2546 02-709-2541

โทรศัพท์..... โทรสาร.....
 คำรับรองของผู้กำจัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นนี้ ปริมาณสุทธิ..... 19.86..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง..... [redacted].....ลายเซ็น..... [redacted]..... ว.ด.ป..... 1/5/64..... ที่รับมอบ

เล่มที่ 593



เลขที่ 29644

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพา..... สี..... อุณหภูมิ 10°C หรือต่ำกว่าได้ 6 ชม.
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
26.5.69	รพ. พญาไท ศรีราชา 2	08:20	09:20	19.50		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามที่แจ้งไว้
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เฮนโรอบเมททอล คอร์ปอเรชั่น จำกัด..... ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... 02-7092546..... โทรศัพท์..... 02-7092547.....

คำรับรองของผู้จำกัด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอย..... ที่ระบุข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ..... 19.50..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป. 26/5/69..... ได้รับมอบ

เล่มที่ 593



เลขที่ 29650

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้..... นร.เอนทรมิ 10.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
27.5.๒๕	รพ.พญาไท ศรีนคร 2	08:30	๐๙:๓๕	17.84		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอย..... ส่งเป็นไปตามข้อ.....
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด :บริษัท นวภู เอนไวรอนเม้นท์ จำกัด.....
 โทรศัพท์..... 02-709-2546..... โทรศัพท์..... 02-7092547.....
 คำรับรองของผู้จำกัด :รองว่าได้รับมูลฝอย..... ปริมาณสุทธิ..... 17.84..... กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น..... ว.ด.ป..... ๒๘/๕/๒๕

เล่มที่ 579



เลขที่ 28907

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ลักษณะพาหะพาหะที่ใส่..... ภาชนะอุณหภูมิ 10° C หรือต่ำกว่าได้.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ..... โทรศัพท์..... 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน..... โทรศัพท์..... 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
28.5.69	รพ.พญาไท	08:30	09:30	24.98		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว และได้นำไปส่งเป็นไปตาม.....
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : ที่อยู่.....
 โทรศัพท์..... บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเมนทอล คอมเพิล็กซ์ จำกัด..... โทรศัพท์..... 2547.....
 คำรับรองของผู้จำกัด : ข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ..... กิโลกรัม.....
 ชื่อตัวบรรจุ..... ลายเซ็น..... 24.98
 28/5/69 ที่รับมอบ

เล่มที่ 579



เลขที่ 28912

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่..... หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี.....โทรศัพท์ 033-004-464
 ลักษณะพาหะที่ได..... ปรอทอุณหภูมิ 10° C.....
 เลขทะเบียน..... ชื่อคนขับรถ.....โทรศัพท์ 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน.....โทรศัพท์ 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจหน.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจง)	ลายเซ็น
29.5.69	รพ.พญาไท กรุงเทพมหานคร	08:40	09:05	24.90		

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับ..... เป็นไปตาม.....
 ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอนไวรอนเมนทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด
 โทร. 769-2546.....ที่อยู่.....02-7092547.....
 โทรศัพท์.....โทรศัพท์.....
 คำรับรองของผู้กำ.....องว่าได้รับมูลฝอย.....ข้างต้น.....ปริมาณสุทธิ.....กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจง.....ลายเซ็น.....ว.ด.ป.....ได้รับมอบ.....

เล่มที่ 579



เลขที่ 28919

เอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ตช.01/2 สำเนาส่งกลับโรงพยาบาล

ชื่อเอกชน/ผู้เก็บขน ที่อยู่ หจก.มีสไนติงเกล เฮลท์แคร์ 64/36 หมู่ 7 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี โทรศัพท์ 033-004-464
 ลักษณะพาหนะที่ใช้ รถบรรทุก 10⁰ C หรือต่ำกว่าได้
 เลขทะเบียน [redacted] ชื่อคนขับรถ [redacted] โทรศัพท์ 033-004-464
 ชื่อพนักงานเก็บขน [redacted] โทรศัพท์ 033-004-464

คำรับรองของผู้ก่อกำเนิด : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้นแล้ว คัดแยกประเภท บรรจุ ติดป้าย และฉลากอย่างเหมาะสมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ว.ด.ป.	ชื่อ/ที่อยู่ แหล่งกำเนิด มูลฝอยติดเชื้อ	เวลาเข้า เก็บ	เวลาออก	ปริมาณมูลฝอย (กก.)	ชื่อจนท.รพ. ผู้ส่งมอบมูลฝอย(ตัวบรรจุ)	ลายเซ็น
๑๐.๕.๖๙	รพ. พญาไท ศรีราชา ๒	10:28	11:20	19.86	[redacted]	[redacted]

คำรับรองของผู้ขนส่ง : ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อตามที่ระบุข้างต้น และได้ขนส่งเป็นไปตามที่กำหนดของกฎหมาย
 ชื่อตัวบรรจุ [redacted] ลายเซ็น [redacted]

สถานที่จำกัด : บริษัท บางปู เอ็นไวรอนเม้นทอล คอมเพล็กซ์ จำกัด ที่อยู่ 965 ม.2 นิคมบางปู ต.บางปูใหม่ จ.สมุทรปราการ
 โทรศัพท์ 02-709-2546 โทรสาร 02-7092547
 คำรับรองของผู้ที่ [redacted] รับรองว่าได้รับมูลฝอยติดเชื้อ [redacted] ข้างต้นนี้ปริมาณสุทธิ 19.86 กิโลกรัม
 ชื่อตัวบรรจุ [redacted] ลายเซ็น [redacted] ว.ด.ป 1/6/69 ที่รับมอบ