



สมาคมคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายจังหวัดสิงห์บุรี

96 หมู่ 7 ตำบลทับยา อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี.16110

โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๘๔๗๔๐๐ E-mail panroj87@gmail.com

แบบบันทึกข้อมูลการส่งซ่อมรถโยก รถเข็นคนพิการ เครื่องช่วยความพิการ อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ
สมาคมคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายจังหวัดสิงห์บุรี

ลำดับที่..... วันที่.....
ชื่อเจ้าของ.....สกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
สิทธิการรักษาพยาบาล..... เบอร์โทรศัพท์.....
อุปกรณ์ส่งซ่อม.....
อาการเสีย ๑)..... ๒).....
๓)..... ๔).....
๕)..... ๖).....
ลงชื่อ.....(ผู้ส่งซ่อม) ลงชื่อ.....(ผู้รับซ่อม)
(.....) (.....)
เบอร์โทร.....

*****ตัดตามรอยปะ*****

ส่วนที่ ๒ ผู้ส่งซ่อม

แบบบันทึกข้อมูลการส่งซ่อมรถโยก รถเข็นคนพิการ เครื่องช่วยความพิการ อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ
สมาคมคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายจังหวัดสิงห์บุรี

ลำดับที่..... วันที่.....
ชื่อเจ้าของ.....สกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
สิทธิการรักษาพยาบาล..... เบอร์โทรศัพท์.....
อุปกรณ์ส่งซ่อม.....
อาการเสีย ๑)..... ๒).....
๓)..... ๔).....
๕)..... ๖).....
ลงชื่อ.....(ผู้ส่งซ่อม) ลงชื่อ.....(ผู้รับซ่อม)
(.....) (.....)
เบอร์โทร.....

เอกสารประกอบการส่งซ่อม
๑.สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๒.สำเนาบัตรผู้พิการ จำนวน ๑ ฉบับ
๓.สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

