Sticker ผู้ป่วย

แบบแจ้งความประสงค์เพื่อขอรับความช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

วัน/เดือน/ปี .....

ข้อมูลส่วนบุคคล บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

อาชีพ.....รายได้.....บาทต่อ.....เบอร์โทร.....บุคคลใกล้ชิด.....เบอร์โทร.....

ข้อมูลด้านการรักษา การรักษาที่ได้รับ.....วันที่.....แพทย์เจ้าของไข้.....

ความต้องการความช่วยเหลือ (ระบุ)

☐ ค่าเดินทาง ☐ ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ☐ ยาที่จำเป็น ☐ อื่นๆ.....

ลายมือชื่อ..... (เจ้าหน้าที่) ลายมือชื่อ.....(ผู้ขอใช้บริการ) ลายมือชื่อ.....(พยาน)
(..... ....) (.....) (.....)

แบบตอบรับการให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

วัน/เดือน/ปี .....

ตามที่ผู้ป่วย (นาย นาง นางสาว).....นามสกุล..... HN.....หอผู้ป่วย.....
ได้แจ้งความประสงค์เพื่อขอรับความช่วยเหลือสนับสนุนด้านจากมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นในนามมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี ได้พิจารณาความจำเป็นดังกล่าวแล้ว เห็นควรให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยดังเจตนารมณ์ของมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้

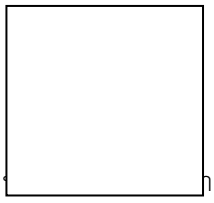
ความช่วยเหลือ (ระบุ)

☐ ค่าเดินทาง ..... บาท (ระยะทาง ..... กิโลเมตร)
☐ ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ..... บาท
☐ ยาที่จำเป็น ..... บาท
☐ อื่นๆ..... ..... บาท
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท

ลายมือชื่อ.....(ผู้มอบเงิน) ลายมือชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ) ลายมือชื่อ.....(พยาน)
(.....) (.....) (.....)

หมายเหตุ : ในกรณีที่ผู้ป่วย/ผู้รับเงินไม่สามารถอ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนดังนี้

ข้าพเจ้าลงลายมือชื่อในการรับเงินช่วยเหลือจากมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีด้วยตัวเองได้ ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือของข้าพเจ้า เพื่อยืนยันการรับเงินสนับสนุนจำนวนดังกล่าวในแบบฟอร์มนี้ด้วยความเต็มใจ



ลายมือชื่อ..... (ผู้ประเมินเบื้องต้น)
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....