

แบบสรุปคำขอความต้องการรับอุปกรณ์ช่วยคนพิการ

ชื่อหน่วยงาน.....

จังหวัด..... อำเภอ.....

ที่	ชื่อ - นามสกุล (คนพิการ)	เลขที่บัตรประชาชน	ประเภทความพิการ	หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้	ความต้องการอุปกรณ์ช่วยคนพิการ:				
					รถเข็นนั่ง	เบาะรองนั่ง	รถสามล้อชนิดมือโยก	ที่นอนลม	เตียงผู้ป่วย (ปรับระดับได้)

ลงชื่อ _____ (ผู้ให้ใช้)
 (_____)

ตำแหน่ง _____

ลงวันที่ _____ / _____ / _____

๖	๒๐๒๓

ข้อมูล)