



แบบยื่นความจำนง

ขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือสัตว์ทุพพลภาพ มุลินธิศาสตราจารย์ ดร.จักร พิษัณณรงค์สงคราม

วันที่ / /

เรียน เจ้าหน้าที่กองทุนมุลินธิศาสตราจารย์ ดร.จักร พิษัณณรงค์สงคราม

เรื่อง ขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือสัตว์ทุพพลภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว)

สถานภาพครอบครัว โสด สมรส หย่าร้าง

จำนวนผู้อาศัย บุตร คน ญาติ คน

รายได้ของตนเอง บาท/เดือน

รายได้ครอบครัว บาท/เดือน

อาชีพ สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ หมู่/ซอย หมู่บ้าน/อาคาร

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่จัดส่งของ

บ้านเลขที่ หมู่/ซอย หมู่บ้าน/อาคาร

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เป็นเจ้าของ สุนัข แมว

ชื่อ สายพันธุ์ เพศ ผู้ เมีย อายุเดือน/ปี น้ำหนัก Kg.

ป่วยด้วยโรค/อาการ

ที่มาของสัตว์ป่วย เลี้ยงมานาน เดือน/ปี เก็บมาจาก

ขณะรักษาสัตว์อาศัยที่ บ้าน โรงพยาบาลสัตว์ วัด อื่น ๆ

สถานที่เลี้ยงหลังรักษาหายแล้ว เลี้ยงไว้ที่บ้านตนเอง นำไปไว้ที่เดิม คือ อื่น ๆ

มีความเห็นเกี่ยวกับการทิ้งสัตว์อย่างไร

มีความประสงค์จะขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือสัตว์ทุพพลภาพจากกองทุนฯ เนื่องจาก

ข้าพเจ้า นาย/น.ส./นาง ขออนุมัติ รับอุปกรณ์จาก “กองทุนมุลินธิ - ศาสตราจารย์ ดร.จักร พิษัณณรงค์สงคราม” เพื่อช่วยเหลือสัตว์ทุพพลภาพจริง ทั้งนี้ ได้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน เพื่อตรวจสอบ ประวัติเรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินดีจะให้ข้อมูลเพื่อติดตามผลการรักษา เพื่อประกอบการรายงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ เจ้าของสัตว์ป่วย

(.....)

..... / /

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่

092-5650004

กรอกรายละเอียดครบทั้ง 3 ใบ แล้ว ส่งกลับไปที่ โทร./Fax. 02-7971967 หรือ E-mail : dr.chakr@gmail.com



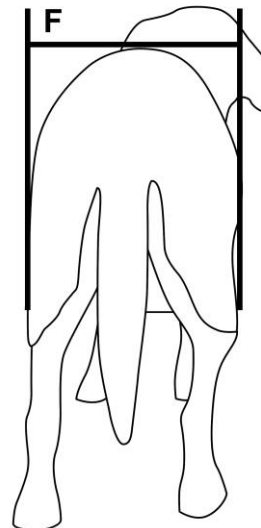
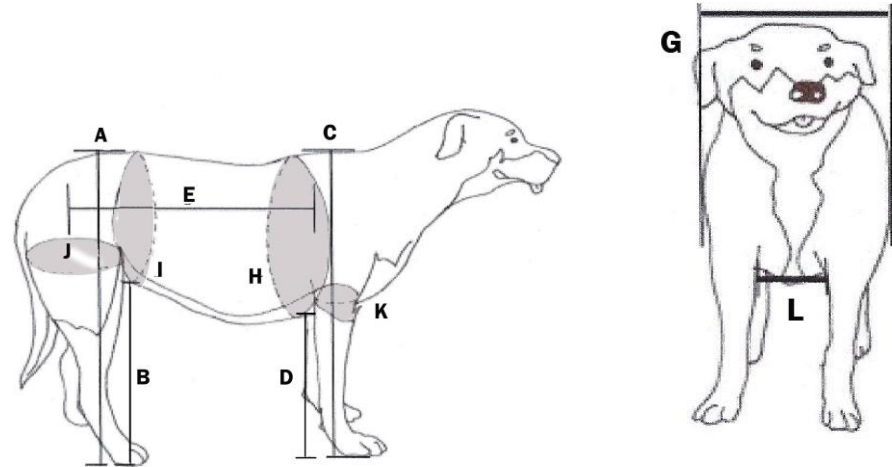
แบบวัดตัวเพื่อขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือสัตว์ทุพพลภาพ มุลินธิศาสตราจารย์ ดร.จักร พิษัณณรงค์สงคราม

Measurements for Rear Wheel Wheelchair (ให้วัดในทำยืน)

- A. ความสูงจากสะโพกถึงพื้น _____ เซ็นติเมตร
Rear Height 1 (top of hips to floor)
- B. ความสูงจากท้องถึงพื้น _____ เซ็นติเมตร
Rear Height 2 (abdomen to floor)
- C. ความสูงจากไหล่ถึงพื้น _____ เซ็นติเมตร
Front Height 1 (top of shoulders to floor)
- D. ความสูงจากอกถึงพื้น _____ เซ็นติเมตร
Front Height 2 (abdomen to floor)
- E. ความยาวจากด้านหลังขาหน้าถึงกลางสะโพก _____ เซ็นติเมตร
Length (behind front leg to center point of thigh)
- F. ความกว้างของสะโพก _____ เซ็นติเมตร
Width across hips
- G. ความกว้างของไหล่ _____ เซ็นติเมตร
Width across shoulders
- H. รอบอก _____ เซ็นติเมตร
Circumference around chest (behind front legs)
- I. รอบเอว _____ เซ็นติเมตร
Circumference around abdomen (in front of rear legs)
- J. รอบโคนขาหลัง _____ เซ็นติเมตร
Circumference of upper thigh

Additional Measurement for Full / Support Wheelchair or Front Wheel Wheelchair

- K. รอบโคนขาหน้า _____ เซ็นติเมตร
Circumference of upper front leg
- L. ระยะห่างระหว่างขาหน้าซ้าย-ขวา _____ เซ็นติเมตร
Inside width between armpit to armpit



วันที่/Date

ชื่อเจ้าของ

สุนัข แมว สายพันธุ์

ชื่อสัตว์เลี้ยง

เพศ/Gender ผู้ เมีย น้ำหนัก/Weight kg.

อายุ/Age เดือน/ปี

ประเภทวีลแชร์ 2 ล้อ 4 ล้อ

ที่พักขาหลัง ต้องการ ไม่ต้องการ

อื่นๆ ระบุ



แบบขออนุมัติการจ่ายเงิน “กองทุนมูลนิธิ ศาสตราจารย์ ดร.จักร พิษัณรณรงค์สงคราม”

ส่วนที่ 1 สัตวแพทย์ผู้ทำการรักษา

ข้าพเจ้า น.สพ./สพ.ญ.

ได้ทำการรักษา สุนัข แมว ชื่อ เพศ ผู้ เมีย พันธุ์

น้ำหนัก kg. อายุ เดือน/ปี เลขประจำตัวสัตว์.....

ข้อมูลทางการแพทย์

สัตว์แพทย์วินิจฉัยว่า มีอาการอัมพาตระดับเกรด

อัมพาตสี่ขา

อัมพาตขาเดียว ระบุตำแหน่ง

อัมพาตสองขา ระบุตำแหน่ง

ไม่มีอาการอัมพาต แต่ทุพพลภาพจากภาวะ.....

มีการรักษาต่อเนื่องด้วยยา ระบุ.....

การผ่าตัดแก้ไข ระบุ.....

สิ้นสุดการรักษา เมื่อ.....

ความเห็นอื่นๆ

.....

.....

น.สพ./สพ.ญ. เจ้าของไข้

(.....)

วันที่ / /