



48/4 อาคารทิสโก้ทาวเวอร์ ชั้น 1  
ถนนสาทรเหนือ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500  
โทร.02-633-7501-5 Fax.638-0554

# มูลนิธิทิสโก้เพื่อการกุศล

## ใบขอรับบริจาคประเภททุนรักษาพยาบาล

รูปถ่าย

โรงพยาบาล .....

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

- ชื่อและนามสกุล \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี สัญชาติ \_\_\_\_\_ ศาสนา \_\_\_\_\_  
วัน-เดือน-ปีเกิด \_\_\_\_\_ บัตรประชาชนเลขที่ \_\_\_\_\_ ระดับการศึกษา \_\_\_\_\_
- ที่อยู่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
ภูมิลำเนาเดิม \_\_\_\_\_
- อาชีพ \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ รายได้ \_\_\_\_\_ บาท/วัน/เดือน)  
สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_
- สภาพที่อยู่ปัจจุบัน  บ้านของตนเองพร้อมที่ดิน  บ้านของตนเองแต่ที่ดินเช่า  บ้านของญาติ  
 บ้านเช่า, ห้องเช่า, หอพัก, เสียค่าเช่าที่พักเดือนละ \_\_\_\_\_ บาท  
 อื่น ๆ \_\_\_\_\_
- สถานภาพ  โสด  สมรส  แยกกันอยู่  
 หย่า  หม้าย
- ผู้ขอทุนมีบุตรจำนวน \_\_\_\_\_ คน เรียน \_\_\_\_\_ คน , ทำงาน \_\_\_\_\_ คน ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	เพศ	ชื่อ/นามสกุล	อายุ	ชั้นการศึกษา / สถานศึกษา	อาชีพ / สถานที่ทำงาน

- ชื่อและนามสกุล (คู่สมรส) \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี สัญชาติ \_\_\_\_\_  
วัน-เดือน-ปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี บัตรประชาชนเลขที่ \_\_\_\_\_  
อาชีพ \_\_\_\_\_ สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_  
รายได้ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_
- ผู้ขอรับบริจาคป่วยด้วยโรค \_\_\_\_\_ ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_  
ขอรับบริจาคเป็นเงิน \_\_\_\_\_ บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับ \_\_\_\_\_  
เหตุผลที่ขอรับบริจาคเนื่องจาก \_\_\_\_\_
- โรงพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ขอรับบริจาคได้ ดังนี้ \_\_\_\_\_
- ผู้ขอรับบริจาค/หรือญาติ สามารถช่วยสมทบได้เป็นจำนวนเงิน \_\_\_\_\_ บาท

11. ผู้ขอรับบริจาคเข้ารับการรักษาเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ ตีก \_\_\_\_\_  
ชั้น \_\_\_\_\_ และอยู่ในชั้นต้องทำการรักษาภายใน  
 1 – 2 วัน       1 อาทิตย์       1 เดือน       อื่น ๆ \_\_\_\_\_

12. เอกสารประกอบการขอรับบริจาค

- รูปถ่าย       สำเนาบัตรประชาชน       สำเนาทะเบียนบ้าน  
 หนังสือรับรองจากแพทย์ที่วินิจฉัยโรค       ใบเสนอราคาค่าอุปกรณ์ที่ผู้ขอรับบริจาคต้องใช้  
 หนังสือส่งตัวจากโรงพยาบาล หรือแผนกสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

13. ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
(.....)

14. ความเห็นของแพทย์

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
(.....)

---

### สำหรับเจ้าหน้าที่มูลนิธิสโกล์เพื่อการกุศล

ข้อมูลเพิ่มเติม \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้สัมภาษณ์  
วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

หมายเหตุ      การกรอกข้อความตามความจริงอย่างละเอียด จะมีผลต่อการพิจารณาทุนเป็นอย่างมาก