



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

# มูลนิธิทิสโก้เพื่อการกุศล

## ใบขอรับบริจาคประเภท ทุนรักษาพยาบาล

รูปถ่าย

โรงพยาบาล .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- ชื่อและนามสกุล.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
วัน-เดือน-ปีเกิด.....บัตรประชาชนเลขที่.....ระดับการศึกษา.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....  
ภูมิลำเนาเดิม.....
- อาชีพ.....ตำแหน่ง.....รายได้.....บาท/วัน/เดือน)  
สถานที่ทำงาน.....

- สภาพที่อยู่ปัจจุบัน  บ้านของตนเองพร้อมที่ดิน  บ้านของตนเองแต่ที่ดินเช่า  บ้านของญาติ  
 บ้านเช่า, ห้องเช่า, หอพัก, เสียค่าเช่าที่พัก เดือนละ.....บาท  
 อื่น ๆ .....

- สถานภาพ  โสด  สมรส  แยกกันอยู่  
 หย่า  หม้าย

- ผู้ลงทุนมีบุตรจำนวน.....คน เรียน.....คน , ทำงาน.....คน ดังต่อไปนี้

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

- ชื่อและนามสกุล (คู่สมรส).....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....  
รายได้.....โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
- ผู้ขอรับบริจาคป่วยด้วยโรค.....ตั้งแต่.....  
ขอรับบริจาคเป็นเงิน.....บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับ.....  
เหตุผลที่ขอรับบริจาคเนื่องจาก.....
- โรงพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ขอรับบริจาคได้ ดังนี้.....

- ผู้ขอรับบริจาค/หรือญาติ สามารถช่วยสมทบได้เป็นจำนวนเงิน.....บาท
- ผู้ขอรับบริจาคเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่.....หรือผู้ป่วย.....  
ชั้น.....และอยู่ในชั้นต้องทำการรักษาภายใน  
 1 - 2 วัน  1 อาทิตย์  1 เดือน  อื่น ๆ .....

12. เอกสารประกอบการขอรับบริจาค

- รูปถ่ายผู้รับทุนและที่อยู่อาศัย  สำเนาบัตรประชาชน  สำเนาทะเบียนบ้าน
- หนังสือรับรองจากแพทย์ที่วินิจฉัยโรค  ใบเสนอราคาค่าอุปกรณ์ที่ผู้ขอรับบริจาคต้องใช้
- หนังสือส่งตัวจากโรงพยาบาล โดยมีความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล

13. ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

---

---

---

---

---

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
(.....)

14. ความเห็นของแพทย์

---

---

---

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
(.....)

---

**สำหรับเจ้าหน้าที่มูลนิธิสโกล์เพื่อการกุศล**

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

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

**หมายเหตุ** การกรอกข้อความตามความจริงอย่างละเอียด จะมีผลต่อการพิจารณาทุนเป็นอย่างมาก ข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นจะถูกจัดเก็บในรูปแบบเอกสารและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นระยะเวลา 10 ปี หากท่านมีความประสงค์จะคัดค้านการจัดเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน สามารถติดต่อขอยกเลิกได้ที่มูลนิธิสโกล์เพื่อการกุศล โทร 0-2633-7501-7 ในวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 08.30 - 17.00 น. เว้นวันหยุดประจำปีธนาคาร