

ใบยืมอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน  
โรงพยาบาลกะพ้อ อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี

ลำดับที่.....  
สถานะ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....HN.....  
เลขที่ประจำตัวบัตรประชาชน.....สิทธิ.....  
เพศ  ชาย  หญิง สถานภาพสมรส..... วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ.....ปี  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน.....  ที่อยู่ตามที่อยู่ปัจจุบัน  
เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....  
ชื่อ-สกุล ผู้ดูแลในปัจจุบัน..... มีความสัมพันธ์เป็น.....  
ที่อยู่ของผู้ดูแล..... โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ยืมอุปกรณ์

- ถังออกซิเจน (๑,๐๐๐ บ.) จำนวน.....
  - เครื่องผลิตออกซิเจน (๑,๐๐๐ บ.) จำนวน.....
  - เครื่องดูดเสมหะ (๕๐๐ บ.) จำนวน.....
  - เบาะลม (๕๐๐บ.) จำนวน.....
  - เกลอนางฟ้า (๑๐๐ บ.) จำนวน.....
  - รถเข็น (Wheelchair ๕๐๐ บ.) จำนวน.....
  - ไม้เท้าสี่ขา (walker ๑๐๐ บ.) จำนวน.....
  - ไม้เท้าสามขา (Tripod cane๑๐๐บ.) จำนวน.....
  - ไม้ค้ำยัน (๑๐๐ บ.) จำนวน.....
  - เก้าอี้นั่งถ่าย (๑๐๐ บ.) จำนวน.....
  - อื่นๆ(ระบุ).....จำนวน.....
- เมื่อวันที่...../...../..... ณ .....
- จำนวนเงินมัดจำ.....บาท(.....)

คืนอุปกรณ์

เมื่อวันที่...../...../..... ณ .....

คืนเงินมัดจำ จำนวน.....บาท(.....)

โดยข้าพเจ้ายอมรับและจะปฏิบัติตามเงื่อนไขดังนี้

๑. อุปกรณ์ที่ได้นับถือว่าเป็นสมบัติของโรงพยาบาลกะพ้อ
๒. ห้ามนำไปจำหน่าย จ่าย โอน ให้ผู้อื่น โดยไม่ได้รับการอนุญาตจากโรงพยาบาลกะพ้อ
๓. จะใช้และดูแลรักษาอุปกรณ์เป็นอย่างดีและเหมาะสม
๔. เมื่อไม่ใช้หรือหายจากอาคารที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วย/ผู้ที่ยังจำเป็นต้องได้รับอุปกรณ์หรือญาติต้องนำส่งอุปกรณ์ ดังกล่าวคืนให้โรงพยาบาลกะพ้อโดยเร็ว

ลงชื่อ.....ผู้พิการ/ผู้รับมอบ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้มอบ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)