



## 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 อายุ .....เดือน/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



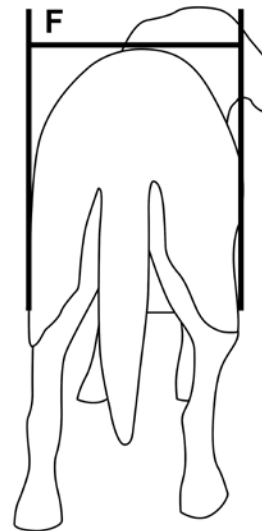
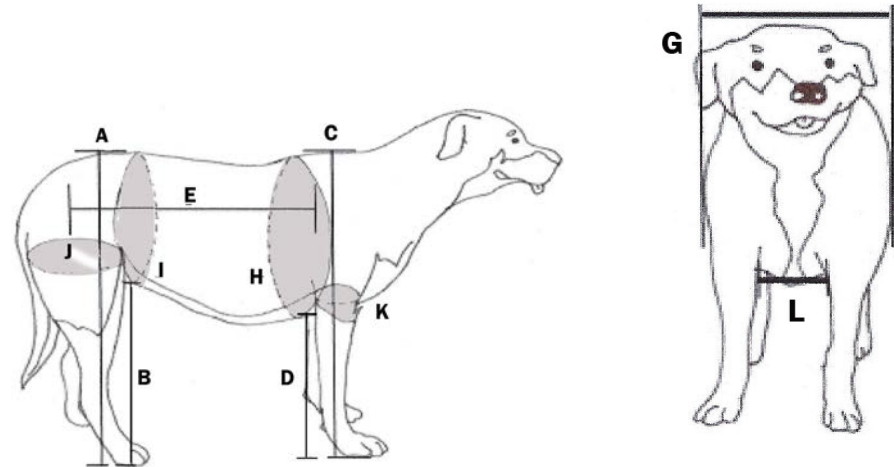
แบบวัดตัวเพื่อขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือสัตว์ทุพพลภาพ มุลินีศาสตราจารย์ ดร.จักรพิชัยรรรงค์ต์สงคราม

**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

สัตวแพทย์วินิจฉัยว่า  มีอาการอัมพาตระดับเกรด .....

อัมพาตสี่ขา

อัมพาตขาเดียว ระบุตำแหน่ง .....

อัมพาตสองขา ระบุตำแหน่ง .....

ไม่มีอาการอัมพาต แต่ทุพพลภาพจากภาวะ.....

มีการรักษาต่อเนื่องด้วยยา  ระบุ.....

การผ่าตัดแก้ไข ระบุ.....

สิ้นสุดการรักษา เมื่อ.....

ความเห็นอื่นๆ .....

.....

.....

น.สพ./สพ.ญ. .... เจ้าของไข้

(.....)

วันที่ ..... / ..... / .....