

แบบขอรับทุนสำหรับเด็กที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 (ฟังอินซูลิน)

ส่วนที่ 1 แบบประวัติของเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุน

ข้อมูลเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ขอรับทุน (ถ้าเด็กมีอายุน้อยกว่า 12 ปี บิดา/มารดา หรือผู้ปกครองเป็นผู้ยื่นคำร้อง)

1. ชื่อ (ค.ช./ค.ญ./นาย/น.ส.).....นามสกุล.....

วันเกิด.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

2 กำลังศึกษาอยู่ในระดับ ชื่อสถานศึกษา.....จังหวัด.....

3 ที่อยู่ปัจจุบัน เป็นของตนเอง เช่า บ้านพักหน่วยงาน อาศัยผู้อื่น ไม่มีที่อยู่

4 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นเบาหวานมาเป็นเวลา.....ปี/เดือน/วัน

ชนิดของอินซูลินที่ใช้ 1).....ปริมาณ.....ยูนิตต่อวัน

2).....ปริมาณ.....ยูนิตต่อวัน

รักษาที่โรงพยาบาล..... ชื่อคุณหมอที่รักษา.....

ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลตนเองเรื่องเบาหวานต่อเดือน.....บาท

อุปสรรคในการดูแลตนเอง.....

ข้อมูลบิดา มีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

a. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

อาชีพ.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้อมูลมารดา มีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

b. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

อาชีพ.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

บิดาและมารดาขณะนี้ สมรส อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียน แยกกันอยู่ สมรสใหม่

ข้อมูลผู้ปกครอง

1.6 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่มีใช้ บิดา/มารดา คือ ปู่ ย่า ตา ยาย อื่นๆได้แก่.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

อาชีพ.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้กรอกข้อมูลข้างต้นตามความจริงทุกประการ หากตรวจสอบในภายหลังว่าข้อมูลไม่ตรงตามความ

เป็นจริง ข้าพเจ้ายินดีคืนทุนที่ได้รับเต็มจำนวน

(ลายมือชื่อ).....ผู้ปกครอง

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 หนังสือรับรอง

1. หนังสือรับรองจากแพทย์ผู้ดูแลเรื่องเบาหวานของผู้ขอทุน

ชื่อผู้รับรอง (นพ. / พญ.) นามสกุล.....

รหัสด้านแพทย์.....เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง

()

วันที่ เดือน พ.ศ.

ยื่นเรื่องวันที่

ผู้ประสานงาน ชื่อ - นามสกุล

จากสถาบัน

โทรศัพท์

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ

อนุมัติให้การสนับสนุนทุน

ไม่อนุมัติ เพราะ (ระบุเหตุผล)

ลายมือชื่อ ผู้อนุมัติ

()

ประธานชมรมเพื่อเด็กและวัยรุ่นเบาหวาน