



เลขรับ...../.....

วันที่.....

### แบบคำร้องขอรับบริการเยี่ยมอุปกรณ์

ศูนย์สาธิตและเยี่ยมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

\*\*\*\*\*

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอแจ้งความประสงค์รอคิวเพื่อเยี่ยมอุปกรณ์.....

ให้กับ  ตนเอง อาการป่วย.....

ญาติ ชื่อ - สกุล .....อายุ.....ปี

อาการป่วย .....

หาก อบจ.ลำปาง มีอุปกรณ์ดังกล่าวให้เยี่ยมสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่เบอร์.....

(ลงชื่อ).....ผู้เยี่ยม (ลงชื่อ).....ผู้รับเรื่อง

(.....) (.....)



เลขรับ...../.....

วันที่.....

### แบบคำร้องขอรับบริการเยี่ยมอุปกรณ์

ศูนย์สาธิตและเยี่ยมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

\*\*\*\*\*

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอแจ้งความประสงค์รอคิวเพื่อเยี่ยมอุปกรณ์.....

ให้กับ  ตนเอง อาการป่วย.....

ญาติ ชื่อ - สกุล .....อายุ.....ปี

อาการป่วย .....

หาก อบจ.ลำปาง มีอุปกรณ์ดังกล่าวให้เยี่ยมสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่เบอร์.....

(ลงชื่อ).....ผู้เยี่ยม (ลงชื่อ).....ผู้รับเรื่อง

(.....) (.....)