สัญญายืมอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องช่วยความพิการ
ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน กองสาธารณสุขฯ อบจ.พะเยา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
เรียน ประธานศูนย์

ชื่อ(ผู้ยืม)..... เลขประจำตัวประชาชน .....
ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ขอยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยความพิการ สำหรับผู้ป่วย (ชื่อ).....
เลขประจำตัวประชาชน.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น ☐ ตนเอง ☐ ญาติ (ระบุ).....
สถานที่ใช้งานหรือที่อยู่ผู้ป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รายการ อุปกรณ์ที่ขอยืม ดังนี้

ที่	รายการ	จำนวน

ชื่อ(ผู้ค้ำประกัน) .....เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร ศัพท์.....

ทั้งนี้ เมื่อเสร็จสิ้นการใช้งานอุปกรณ์จะนำส่งคืน ณ ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา ภายใน ๑๕ วัน โดยจะต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมทราบทุกครั้ง เพื่อจะได้ดำเนินการตรวจสภาพอุปกรณ์ก่อนส่งคืน หากอุปกรณ์ชำรุดเสียหาย ที่ไม่ใช่จากการเสื่อมสภาพของอุปกรณ์ ผู้ค้ำประกันหรือพยานที่ลงนามในสัญญาจะต้องชดใช้เป็นอุปกรณ์ชนิด ขนาด ลักษณะ และคุณภาพอย่างเดียวกัน หรือชดใช้เป็นเงินตามราคาที่เป็นอยู่ในขณะยืม

ลงชื่อ.....(ผู้ยืม)
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)

** พยาน ให้เป็นผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน/บุคคลอื่นที่ชื่อไม่ตรงกันกับผู้ยืม