



## ใบสมัครขอรับ “ รถเข็นนิทานมูลนิธิเด็ก ”

### ในหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาล

(กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ในการพิจารณา)

ชื่อสถานพยาบาล.....ก่อตั้งเมื่อปี.....

สถานที่ตั้ง.....

..... โทรศัพท์.....

ขนาด  เล็ก รongรับผู้ป่วยใน.....คน ผู้ป่วยนอก.....คน

กลาง รongรับผู้ป่วยใน.....คน ผู้ป่วยนอก.....คน

ใหญ่ รongรับผู้ป่วยใน.....คน ผู้ป่วยนอก.....คน

### ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยเด็ก

สถานที่  แยกจากหอผู้ป่วยทั่วไป  อยู่รวมกับหอผู้ป่วยทั่วไป

แนวคิด/วิสัยทัศน์เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก

.....  
.....

ขอบเขตการบริการ ■ อายุเด็ก.....ถึง.....ปี

■ กลุ่มโรค.....

■ จำนวนห้อง.....จำนวนเตียง.....

■ ห้องสันทนาการ  มี  ไม่มี

■ กิจกรรมนันทนาการที่ทำอยู่ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ และตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

มุมอ่านหนังสือ  อ่านหนังสือให้ฟัง  ให้ยืมหนังสือ

มุมของเล่น  กิจกรรมศิลปะ  ดูโทรทัศน์

ฟังเพลง / ร้องเพลง  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ตำแหน่งที่จะจัดวางรถเข็น

■ อาคาร.....แผนก.....

โปรดอธิบายความจำเป็นในการขอรับรถเข็นนิทาน

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

โปรดอธิบายแผนงานของท่านในการใช้รถเข็นนิทานเพื่อฟื้นฟูภาวะจิตใจผู้ป่วยเด็ก

.....  
.....  
.....  
.....

ผู้รับผิดชอบโครงการ.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

E-mail.....

**ข้อมูลเพิ่มเติม**

เคยได้รับแล้ว จำนวน.....ครั้ง จุดที่ตั้งรถเงิน (หอผู้ป่วย / อาคาร).....

ไม่เคยได้รับ

ผู้อำนวยการ หรือเทียบเท่า.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

**ติดต่อกลับโครงการรถเข็นนิทานมูลนิธิเด็ก**

๔๖๐ ซอยจรัญสนิทวงศ์ ๖๗ แขวงบางพลัด เขตบางพลัด กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐

โทรศัพท์ ๐๒-๘๘๑-๑๗๓๔ , ๐๒-๘๘๑-๑๐๕๒ โทรสาร ๐๒-๔๒๔-๖๒๘๐

Email : rodennitan@gmail.com, children@ffc.or.th

**โปรดเขียนแผนที่ตั้งสถานพยาบาลอย่างละเอียด**