DENTAL INNOVATION FOUNDATION
Under Royal Patronage

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่รับผลิตภัณฑ์ มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์

ชื่อสถานพยาบาล/หน่วยงาน..... จังหวัด.....

ผู้ขอรับผลิตภัณฑ์ : ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่ามูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ จะเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า เพื่อวัตถุประสงค์ในการขอรับผลิตภัณฑ์ รวมถึงวัตถุประสงค์อื่นๆ ตามที่มูลนิธิฯ เห็นสมควร ข้าพเจ้ารับทราบดีว่า หากข้าพเจ้าไม่ตกลงยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขนี้ มูลนิธิฯ ขอสงวนสิทธิในการมอบผลิตภัณฑ์ให้แก่ข้าพเจ้าได้

เคยรับผลิตภัณฑ์		วันที่รับผลิตภัณฑ์	ชื่อ-นามสกุล	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	อายุ (ปี)	จังหวัดที่อาศัย	เบอร์โทร	โรค/อาการ (ที่จำเป็นต้องได้รับผลิตภัณฑ์)	ผลิตภัณฑ์ที่รับ	
เคยรับ	ไม่เคย								เจลลี่โภชนา	วุ้นชุ่มปาก