

โครงการ.....

หน่วยงาน.....

เดือน..... พ.ศ..... ถึง เดือน..... พ.ศ.....

ที่	รายการอุปกรณ์	จำนวน (เครื่อง,ชิ้น,อัน)	พร้อมใช้	จำนวนที่ให้บริการ (เครื่อง,ชิ้น,อัน)	ชำรุด	อยู่ระหว่าง ดำเนินการซ่อม	จำนวนผู้รับบริการ ที่ต้องการอุปกรณ์ (ราย)

ปัญหา/อุปสรรค

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน
(.....)
ว/ด/ป.....

หมายเหตุ : ให้รายงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดนครราชสีมาทราบเป็นรายไตรมาส (ทุกๆต้นเดือนแรกของไตรมาส)