

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

ใบยืม-คืนอุปกรณ์ห้องปฏิบัติการพยาบาล

ห้องปฏิบัติการพยาบาล ศูนย์เสริมการศึกษาและสาธิตทางการพยาบาล

เรียน หัวหน้าศูนย์เสริมการศึกษาและสาธิตทางการพยาบาล

กระผม/ดิฉัน.....ตำแหน่ง/รหัส.....เบอร์โทรติดต่อ.....

มีความประสงค์ จะ ขอยืมอุปกรณ์ห้องปฏิบัติการพยาบาลเพื่อใช้งาน.....

และกำหนดส่งคืนภายในวันที่.....ตามรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน/หน่วยนับ	ยืม	คืน	หมายเหตุ (ครบ/ชำรุด)

อุปกรณ์ห้องปฏิบัติการพยาบาล ที่กระผม/ดิฉันได้ยืมดังรายการข้างต้นนี้ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้ ถ้าปรากฏว่าเมื่อกระผม/ดิฉันนำมาส่งคืนมีการ ชำรุดหรือสูญหาย กระผม/ดิฉันยินดีชดใช้ค่าเสียหาย โดยมามีข้อแม้ดังนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยืม
(.....)

เห็นสมควรให้ยืม

ไม่สมควรให้ยืม

ลงชื่อ.....

อาจารย์ผู้สอน/ผู้รับผิดชอบรายวิชา

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายอุปกรณ์ฯ

(.....)

...../...../.....

ห้องปฏิบัติการได้รับคืน วัสดุ/ครุภัณฑ์เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนอุปกรณ์ฯ

(.....)

...../...../.....

เห็นสมควรให้ยืม

ไม่สมควรให้ยืม

ลงชื่อ.....

หัวหน้าศูนย์เสริมการศึกษาและสาธิตทางการพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้รับอุปกรณ์ฯ

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งคืนอุปกรณ์ฯ

(.....)

...../...../.....