

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
ศูนย์เสริมศึกษาและสาธิตทางการพยาบาล (LRC)

แบบขอใช้อุปกรณ์สาธิตทางการพยาบาล

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อผู้ขอใช้บริการ นามสกุล โทร

อาจารย์ ภาควิชา ชื่อวิชา

นักศึกษา ระดับ ป.ตรี ป.โท ป.เอก เฉพาะทาง ชั้นปีที่ รหัสนักศึกษา

อื่นๆ (โปรดระบุ)

วัตถุประสงค์ของการขอใช้อุปกรณ์ เพื่อ

ประกอบการเรียนการสอน

อื่นๆ (โปรดระบุ)

วันที่ต้องการใช้ เวลา

จำนวนนักศึกษาที่ใช้อุปกรณ์ คน

อุปกรณ์ที่ขอใช้

1. จำนวน

2. จำนวน

3. จำนวน

4. จำนวน

5. จำนวน

6. จำนวน

7. จำนวน

8. จำนวน

9. จำนวน

10. จำนวน

ผู้รับอุปกรณ์

ผู้ให้ยืมอุปกรณ์

วันที่

ส่งคืน

ครบ

ไม่ครบ คงเหลือ

ผู้ส่งคืนอุปกรณ์

ผู้รับคืนอุปกรณ์

วันที่

กรุณายืมก่อนล่วงหน้า 3 วันทำการและส่งคืนภายใน 3 วันทำการ