



เลขรับ.....
วันที่.....เวลา.....

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้
แบบฟอร์มขอเบิกวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์พยาบาล

ส่วนที่ 1 ผู้ขอรับบริการ

วันที่.....

อาจารย์ บุคลากร นักศึกษา ชั้นปีที่..... บุคคลภายนอก
รหัส.....

ชื่อผู้รับบริการ นาย/นาง/นางสาว.....

สังกัด.....

มีความประสงค์ขอเบิกวัสดุสิ้นเปลือง สำหรับการฝึกทักษะทางการแพทย์

ใช้ในรายวิชา.....เพื่อ.....

โดยมีรายการวัสดุ/อุปกรณ์ ดังนี้

ลำดับ	รายการ (ระบุชื่อวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์)	จำนวน	หน่วยนับ	หมายเหตุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้บริการ
(.....)

ลงชื่อ.....อาจารย์ผู้สอน
(.....)

ส่วนที่ 2 เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาบาล

อนุมัติ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
.....
ลงชื่อ.....
(.....)

ได้รับวัสดุ/อุปกรณ์ ครบตามรายการ
 ได้รับวัสดุ/อุปกรณ์ ครบตามรายการ
เนื่องจาก.....
.....
ลงชื่อ.....ผู้รับวัสดุ/อุปกรณ์
(.....)
วันที่รับ.....