



เลขรับ.....  
วันที่.....เวลา.....

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้  
แบบฟอร์มขอใช้บริการห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาล

ส่วนที่ 1 ผู้ขอรับบริการ

วันที่.....

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

ชื่อผู้รับบริการ นาย/นาง/นางสาว.....

สังกัด.....

มีความประสงค์ขอใช้บริการ ☐ อุปกรณ์สำหรับฝึกปฏิบัติการพยาบาล  
☐ ห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาล ( LRC ) ห้อง.....  
☐ ห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง ( LRC ) ห้อง.....

ใช้ในรายวิชา.....เพื่อ.....

จำนวนผู้ใช้ห้อง ☐ อาจารย์.....คน ☐ นักศึกษา.....คน  
☐ บุคลากร.....คน ☐ บุคคลภายนอก.....คน

ระยะเวลาในการขอใช้ห้อง ตั้งแต่ วันที่.....เวลา..... ถึง วันที่.....เวลา.....

พร้อมวัสดุ/อุปกรณ์ ดังนี้

| ลำดับ | รายการ (ระบุชื่อวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์) | จำนวน | หน่วยนับ | หมายเหตุ |
|-------|-------------------------------------------|-------|----------|----------|
|       |                                           |       |          |          |
|       |                                           |       |          |          |
|       |                                           |       |          |          |
|       |                                           |       |          |          |
|       |                                           |       |          |          |
|       |                                           |       |          |          |
|       |                                           |       |          |          |

ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบดูแลอุปกรณ์ให้สมบูรณ์ พร้อมใช้งาน หลังจากเสร็จสิ้นการเรียนการสอน หรือการฝึกปฏิบัติการพยาบาล  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้บริการ  
(.....)

ลงชื่อ.....อาจารย์ผู้สอน  
(.....)

ส่วนที่ 2 เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาบาล

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

☐ อุปกรณ์ครบ ☐ สภาพใช้งานได้ปกติ ☐ ขำรุด  
.....  
ลงชื่อ.....ผู้คืน  
(.....)  
ลงชื่อ.....ผู้รับคืน  
(.....)  
วันที่.....