ศูนย์ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Laboratory Center)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
แบบฟอร์มการขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล

วันที่..... **เดือน**.....**พศ.**.....

1. **ข้อมูลผู้ใช้บริการ**
   นักศึกษา ☐ คณะพยาบาลศาสตร์ ☐ อื่น ๆ ชั้นปีที่ .....จำนวน.....คน
   ระบุชื่อ นามสกุล รหัสนักศึกษา และหมายเลขโทรศัพท์ ผู้ใช้บริการให้ครบถ้วน

2. **ข้อมูลรายละเอียดการฝึกปฏิบัติ**
   รหัสวิชา .....**ชื่อวิชา**.....
   หัวข้อการฝึกปฏิบัติ เรื่อง .....
   ต้องการใช้บริการในวันที่ .....เวลา ..... น.(ตั้งแต่เริ่มฝึก จนเสร็จสิ้น)
   / ข้อมูลวัสดุ-อุปกรณ์ที่ต้องการใช้

3. **ข้อมูลวัสดุ-อุปกรณ์ที่ต้องการใช้**

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	หมายเหตุ

อุปกรณ์ที่ข้าพเจ้าได้กล่าวข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว อุปกรณ์มีสภาพสมบูรณ์ ไม่ชำรุด/เสียหาย ภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ ถ้าปรากฏว่ามีการชำรุดหรือสูญหาย ข้าพเจ้ายินดีชดใช้ค่าเสียหาย โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....**ผู้ขอใช้บริการ**

(.....)

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

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ**

(.....)

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