



ศูนย์ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Laboratory Center)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
แบบฟอร์มการขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล (รายวิชา/โครงการ)

1. ข้อมูลผู้ใช้บริการ

ชื่อ-สกุลสังกัดกลุ่มวิชา.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ประธานรายวิชา รหัสวิชา ชื่อวิชา.....

อื่น ๆ ระบุ

สำหรับนักศึกษา ชั้นปีที่.....

คณะพยาบาลศาสตร์ อื่น ๆ โปรดระบุ

2. ข้อมูลและรายละเอียดวิชา

ลำดับ	หัวข้อการฝึกปฏิบัติ	ว / ด / ป ฝึกปฏิบัติ	จำนวนฐาน	จำนวนนักศึกษา	หมายเหตุ

* กรณีจัดเป็นสถานีแบบหมุนเวียน ผู้จองระบุรายละเอียดเอกสารแสดงการหมุนเวียนสถานีให้ชัดเจน

