

แบบฟอร์มการขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลพร้อมอุปกรณ์

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขออนุมัติการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลพร้อมอุปกรณ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วย ชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง

มีความประสงค์ขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล พย.บ. 1-305 (ชั้น 3) พย.บ. 1-405 (ชั้น 4)

ช่วงเวลาที่ใช้บริการ ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการ ในวันที่ เวลา น. ถึง น.

เพื่อใช้ในการเรียนการสอน วิชา ให้กับนักศึกษาชั้นปีที่......จำนวน.......กลุ่ม กลุ่มละ.......คน

พร้อมด้วยอุปกรณ์ วัสดุและครุภัณฑ์ ดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **จำนวน/หน่วย** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(ลงชื่อ) ผู้ขอใช้บริการ

( )

วันที่ เดือน พ.ศ.

|  |  |
| --- | --- |
| เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  เพื่อโปรดพิจารณา  (ลงชื่อ) .  ( )  เจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการพยาบาล  วันที่ เดือน พ.ศ. . | ความเห็นของคณบดี  □ อนุมัติ  □ ไม่อนุมัติ .    (ลงชื่อ) ผู้อนุมัติ  (รองศาสตราจารย์ดร.พูลสุข หิงคานนท์)  ตำแหน่ง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  วันที่ เดือน พ.ศ. . |