**วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี**

**ศูนย์เสริมศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริง (LRC)**

**แบบฟอร์ม ขอใช้วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ภายในศูนย์ฯ**

 วันที่ …..……… เดือน …………………….. พ.ศ. ………………..

ชื่อผู้ขอใช้บริการ ………………………………………….. นามสกุล …………………………………….. โทร …………………….................

 อาจารย์ ภาควิชา ………………………………………………………….............................................................................

 นักศึกษา ชั้นปีที่ ….. รหัสนักศึกษา ………...........

 หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต (4 ปี) หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปริญญาตรีสาขาอื่น)

 หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต (นานาชาติ) หลักสูตร ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)

 หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

 หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)

 อื่นๆ (โปรดระบุ) …………………………………………………………………………………………………………………………......

วัตถุประสงค์ของการขอใช้ห้องเรียน เพื่อ

 สำหรับทำการเรียนการสอน ในรายวิชา ...........................................................................................................

 ฝึกปฏิบัตินอกเวลา ในรายวิชา ……………………………………………………………………………………………………………

 อื่นๆ โปรดระบุ ........................................................................

วันที่ต้องการใช้ …………………………………………………………… เวลา ……………………………………………………………..............,

จำนวนนักศึกษาที่ใช้อุปกรณ์ ……………………………….. คน

**อุปกรณ์ที่ขอใช้**

1. ………………………………………………………………………………………………………………. จำนวน ……………………………
2. ………………………………………………………………………………………………………………. จำนวน ……………………………
3. ………………………………………………………………………………………………………………. จำนวน ……………………………
4. ………………………………………………………………………………………………………………. จำนวน ……………………………
5. ………………………………………………………………………………………………………………. จำนวน .…………………………..
6. ………………………………………………………………………………………………………………. จำนวน …………………………...
7. ………………………………………………………………………………………………………………. จำนวน …………………………...
8. ……………………………………………………………………………………………………………… จำนวน …………………………..
9. ……………………………………………………………………………………………………………… จำนวน …………………………..
10. ………………………………………………………………………………………………………………. จำนวน …………………………..

 ผู้รับอุปกรณ์ ………………………………………………….

 ผู้ให้ยืมอุปกรณ์ …………….……………………………….

 วันที่ ………………………………………………….………..

**ส่งคืน**

 ครบ

 ไม่ครบ คงเหลือ ……………………………………………………………………………………………………………………………….

 ผู้ส่งคืนอุปกรณ์ ……………………………………………….

 ผู้รับคืนอุปกรณ์ …………….…………………………………

 วันที่ ………………………………………………….………....

**กรุณายืมก่อนล่วงหน้า 7 วันทำการและส่งคืนภายใน 7 วันทำการ**