

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี
ศูนย์เสริมศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริง (LRC)
แบบฟอร์ม ขอใช้วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ภายในศูนย์ฯ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อผู้ขอใช้บริการ นามสกุล โทร

- อาจารย์ ภาควิชา
- 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

- สำหรับการเรียนการสอน 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