**วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี**

**ศูนย์เสริมศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริง (LRC)**

**แบบฟอร์ม ขอใช้ห้องปฏิบัติการภายในศูนย์ฯ**

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) …………………………………………………………………………………………………………………………......

มีความประสงค์ขอใช้ห้องเรียน เพื่อ

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

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

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

จำนวนผู้เข้าใช้ทั้งหมด ……………………………….. คน ……………………… กลุ่ม

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| วันที่ | เวลา | ห้องปฏิบัติการที่ต้องการใช้ | จำนวน | วัตถุประสงค์ในการใช้ห้อง | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อผู้ขอใช้ห้อง ....................................................

ลงชื่อผู้ดูแลห้อง …………….…………………………………

วันที่ ………………………………………………….………....

**กรุณาเช็คตารางกับเจ้าหน้าที่และทำการจองห้องก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 14 วัน**