LRC003

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี

ศูนย์เสริมศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริง (LRC)

<u>แบบฟอร์ม ขอใช้ห้องปฏิบัติการภายในศูนย์ฯ</u>

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 .....

<u>กรุณาเช็คตารางกับเจ้าหน้าที่และทำการจองห้องก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 14 วัน</u>