**วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี**

**ศูนย์เสริมศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริง (LRC)**

**แบบฟอร์ม ขอเปลี่ยนแปลงการจองห้องปฏิบัติการสำหรับการจัดการเรียนการสอนภายในศูนย์ฯ**

**รายละเอียดการขอใช้ห้องปฏิบัติการภายในศูนย์ฯ สำหรับทำการเรียนการสอน หลักสูตร ............................................................................................. ชั้นปีที่ ..........................**

**รายวิชา ....................................................................................................................................................... ปีการศึกษา .............................. ภาคการศึกษาที่ ..........................**

**วันเริ่มรายวิชา .......................................................... สิ้นสุดรายวิชา .......................................................... จำนวนนักศึกษา ...........................................................................**

**อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา ........................................................................................................................ เบอร์โทรศัพท์ ...............................................................................**

| **รายละเอียดการจองเดิม** | | | | **รายละเอียดการจองใหม่** | | | | **ลงลายมือชื่อรับรองการขอเปลี่ยนแปลง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วัน/เดือน/ปี** | **เวลา** | **หัวข้อ/รายละเอียดการฝึกปฏิบัติ** | **สถานที่** | **วัน/เดือน/ปี** | **เวลา** | **หัวข้อ/รายละเอียดการฝึกปฏิบัติ** | **สถานที่** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อผู้ดูแลห้อง …………….…………………………………

วันที่ ………………………………………………….………....

**กรุณาเช็คตารางกับเจ้าหน้าที่และทำการจองห้องก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 14 วัน**