



แบบฟอร์มขอใช้ ห้องเรียน/ห้องปฏิบัติการพยาบาล อาคารปฏิบัติการรวม คณะพยาบาลศาสตร์

\*\*\*\*\*

ชื่อผู้ขอใช้ห้อง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ..... ตำแหน่ง (อาจารย์ / นศ.ชั้นปี) .....  
เบอร์ติดต่อ ..... มีความประสงค์ขอใช้ (ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ในช่องห้องที่ต้องการใช้)

| ห้องปฏิบัติการพยาบาล                                                            |         |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <input type="radio"/> ห้องปฏิบัติการพยาบาล LAB - 1 (กุมารเวช / สูตินรีเวช)      |         |
| <input type="radio"/> ห้องปฏิบัติการพยาบาล LAB - 2 (ผู้ป่วยใน / ผู้ป่วยหนัก)    |         |
| <input type="radio"/> ห้องปฏิบัติการพยาบาล LAB - 3 (ห้องคอมพิวเตอร์ / OPD / ER) |         |
| หัวข้อปฏิบัติการ / วัสดุ อุปกรณ์ที่ต้องใช้งาน                                   |         |
| 1. ....                                                                         | 4. .... |
| 2. ....                                                                         | 5. .... |
| 3. ....                                                                         | 6. .... |

วัตถุประสงค์การใช้งาน .....  
ระหว่างวันที่ ..... เวลา ..... น. โดยมีผู้เข้าร่วม จำนวน ..... คน

|                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|
| รายชื่อผู้เข้าร่วมใช้ห้อง<br>(กรณีมีมากกว่า 5 คนให้ทำเป็นเอกสารแนบ) |
| 1. ....                                                             |
| 2. ....                                                             |
| 3. ....                                                             |
| 4. ....                                                             |
| 5. ....                                                             |

ลงชื่อ .....ผู้ขอใช้  
...../...../.....

| เจ้าหน้าที่ดูแลห้องปฏิบัติการฯ               | เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการ                | เรียน คณบดี เพื่อโปรดพิจารณา                     |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> สามารถใช้งานห้องได้    | <input type="radio"/> เห็นควร            | <input type="radio"/> อนุญาต                     |
| <input type="radio"/> ไม่สามารถใช้งานห้องได้ | <input type="radio"/> ไม่เห็นควร         | <input type="radio"/> ไม่อนุญาต                  |
| เนื่องจาก .....                              | เนื่องจาก .....                          | เนื่องจาก .....                                  |
| ลงชื่อ. ....<br>(.....)                      | ลงชื่อ. ....<br>(อาจารย์ธมกร เอียรฐิเดช) | ลงชื่อ. ....<br>( ผศ.ดร.สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ ) |
| .....<br>...../...../.....                   | รองคณบดีฝ่ายวิชาการ<br>...../...../..... | คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์<br>...../...../.....        |