



แบบฟอร์มขอใช้ ห้องปฏิบัติการพยาบาล อาคารปฏิบัติการรวม คณะพยาบาลศาสตร์

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

| | |
|--|---------|
| ห้องปฏิบัติการพยาบาล | |
| <input type="radio"/> ห้องปฏิบัติการพยาบาล LAB - 1 (กุมารเวช / สูตินารีเวช) <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 (กรณีมีมากกว่า 5 คนให้ทำเป็นเอกสารแนบ) 1. 2. 3. 4. 5. |
|--|

ลงชื่อ ผู้ขอใช้
...../...../.....

| | | |
|---|--|---|
| เจ้าหน้าที่ดูแลห้องปฏิบัติการฯ <input type="radio"/> สามารถใช้งานห้องได้ <input type="radio"/> ไม่สามารถใช้งานห้องได้ เนื่องจาก | เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการ <input type="radio"/> เห็นควร <input type="radio"/> ไม่เห็นควร เนื่องจาก | เรียน คณบดี เพื่อโปรดพิจารณา <input type="radio"/> อนุญาต <input type="radio"/> ไม่อนุญาต เนื่องจาก |
| ลงชื่อ. (.....)/...../..... | ลงชื่อ. (ผศ.เกษร สายธนู) รองคณบดีฝ่ายวิชาการ/...../..... | ลงชื่อ. (ผศ.ดร.สงวน ธาณี) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/...../..... |