



แบบฟอร์มขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

UNC-L002

เรียน ประธานกรรมการห้องปฏิบัติการพยาบาล

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง/รหัส.....เบอร์โทรติดต่อ.....

มีความประสงค์จะขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา.....

วันที่ใช้ห้อง.....เวลา.....น.

พร้อมด้วยครุภัณฑ์ประกอบการเรียนการสอน ดังนี้

ลำดับ	รหัส/หมายเลขครุภัณฑ์	ชื่อรายการ	จำนวน

..... ลงชื่อ (.....) อาจารย์ผู้สอน/รับผิดชอบรายวิชา/...../.....	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ลงชื่อ (นายสืบตระกูล ตันตลานุกุล) ประธานคณะกรรมการห้องปฏิบัติการพยาบาล/...../.....
--	--

หมายเหตุ นักศึกษาต้องติดต่อขอใช้ห้องไม่น้อยกว่า 3 วัน