**แบบฟอร์มขอใช้ชุดตรวจร่างกาย**

**ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล (LRC) งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อผู้ขอใช้บริการ นามสกุล โทร

อาจารย์ ภาควิชา ชื่อวิชา

นักศึกษา ระดับ ป.ตรี ป.โท ป.เอก เฉพาะทาง ชั้นปีที่ รหัสนักศึกษา

อื่นๆ (โปรดระบุ)

วัตถุประสงค์ของการขอใช้อุปกรณ์ เพื่อ

ประกอบการเรียนการสอนเรื่อง

อื่นๆ (โปรดระบุ)

วันที่ต้องการใช้ เวลา วันที่ต้องการคืน เวลา

**อุปกรณ์ที่ขอใช้**

1. กล่องตรวจร่างกาย จำนวน

2. หูฟัง จำนวน

3. ส้อมเสียง จำนวน

4. เครื่องวัดความดันแบบตั้งโต๊ะ จำนวน

5. เครื่องวัดความดันแบบดิจิตอล จำนวน

6. ปรอทวัดไข้ จำนวน

7. ไม้กดลิ้น จำนวน

8. กระเป๋าตรวจเต้านม จำนวน

9. อื่นๆ (ระบุ) จำนวน

ผู้รับอุปกรณ์

ผู้ให้ยืมอุปกรณ์

วันที่

ส่งคืน

ครบ

ไม่ครบ คงเหลือ

ผู้ส่งคืนอุปกรณ์

ผู้รับคืนอุปกรณ์

วันที่

**กรุณาส่งคืนภายใน 3 วันทำการ**