**ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล (LRC)**

**สำนักงานการศึกษา งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

**แบบขอใช้อุปกรณ์สาธิตทางการพยาบาล**

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

จำนวนนักศึกษาที่ใช้อุปกรณ์ คน

**อุปกรณ์ที่ขอใช้**

1. จำนวน

2. จำนวน

3. จำนวน

4. จำนวน

5. จำนวน

6. จำนวน

7. จำนวน

8. จำนวน

9. จำนวน

10. จำนวน

ผู้รับอุปกรณ์

ผู้ให้ยืมอุปกรณ์

วันที่

ส่งคืน

ครบ

ไม่ครบ คงเหลือ

ผู้ส่งคืนอุปกรณ์

ผู้รับคืนอุปกรณ์

วันที่

**กรุณาส่งคืนภายใน 3 วันทำการ**