**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**