ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล (Nursing Learning Resource Center)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
แบบฟอร์มการขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล

---

1. **ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอใช้บริการ**..... **เบอร์ติดต่อ** .....
   ☐ อาจารย์ ☐ นักศึกษา ชั้นปี ..... ☐ บุคคลภายนอก .....
2. **มีความประสงค์จะขอใช้ในการ**
   ☐ จัดการเรียนการสอน รายวิชา .....
   ☐ ฝึกปฏิบัติการนอกเวลาเรียน รายวิชา.....
   ☐ บริการวิชาการ/โครงการ.....
   ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....
3. **ขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล**
   ☐ ห้องปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
   ☐ ห้องปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์
   ☐ ห้องปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
   ☐ ห้องปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน
   ☐ ห้องปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
   ☐ ห้องปฏิบัติการพยาบาลกายวิภาค
4. **วันที่ใช้ห้อง**
   ☐ ในเวลาราชการ (08.30 – 16.30 น.) ☐ นอกเวลาราชการ (16.30 - 18.30 น.)
   วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... ถึง วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
   เวลา ..... รวม ..... ชั่วโมง จำนวนผู้ใช้ห้อง .....
5. **รายการอุปกรณ์ที่ขอใช้ ดังต่อไปนี้**

ลำดับที่	รายการวัสดุ อุปกรณ์	จำนวนที่ยืม	หมายเลขวัสดุ อุปกรณ์

หมายหตุ 1. กรอกแบบฟอร์มการขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลให้ครบถ้วน
2. ยื่นแบบฟอร์มก่อนเข้าใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล ล่วงหน้าอย่างน้อย 1-3 วันทำการ
3. กรณีมีการเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกการใช้ห้องฝึกปฏิบัติการฯ กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที่หรือล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันทำการ
4. ผู้ขอใช้บริการต้องรับผิดชอบตรวจสอบห้องหรือวัสดุอุปกรณ์ก่อนและหลังการใช้งานทุกครั้ง
5. ผู้ขอใช้บริการยินดีรับผิดชอบในกรณีวัสดุอุปกรณ์เกิดการชำรุดหรือสูญหาย

สำหรับผู้ขอใช้บริการ	การอนุญาต
ลงชื่อ ..... ผู้ขอยืม (.....) ..... / ..... /.....	ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่ (.....) ..... / ..... / ..... ลงชื่อ ..... (.....) ประธานคณะกรรมการห้องปฏิบัติการพยาบาล