

แบบฟอร์มการใช้ห้องข้างเคียงหน่วยปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างทักษะ Using of the Adjacent Room form (กรุณาส่งคืนแบบฟอร์มนี้อย่างน้อย 2 วันก่อนถึงวันของใช้ห้องฯ) (Pls. submit this form 2 days ahead of your scheduled date)		
วันและเวลาที่ต้องการใช้ห้องฯ Date and time of Use: (ถ้าต้องการใช้ติดกันตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป ขอให้ระบุวัน-เวลาด้วย : please specify the dates if you wish to use the adjacent room for two (2) consecutive days)		
ชื่อ-สกุล Name of student(s):	รหัสประจำตัวนักศึกษา Student's ID number	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ Instruments/Equipment needed	วันที่ส่งคืน Date returned	หมายเหตุ/สภาพที่ส่งคืน Remark(s)/Condition
ลายเซ็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชา Endorsed by Instructor In-charge: (กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่นักศึกษาขอยืมให้ครบถ้วนด้วย: pls. double check requested items for completeness)		วันที่: Date:
รับโดยอาจารย์ผู้ประสานงานห้องปฏิบัติการ Received by Lab-coordinator:		วันที่: Date: