

แบบฟอร์มการขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

วันที่.....

เรียน หัวหน้าศูนย์การเรียนรู้ปฏิบัติการพยาบาล/คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

สังกัดภาควิชา.....

มีความประสงค์ขอใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาล .....

ในวันที่.....เวลา.....

เพื่อ.....

พร้อมแนบใบยืม-คืนวัสดุอุปกรณ์/หุ่น/ยาเวชภัณฑ์และวัสดุสิ้นเปลือง (LRC-02) มาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

.....

(.....)

อนุมัติ       ไม่อนุมัติ

.....

(.....)

หัวหน้าศูนย์การเรียนรู้ปฏิบัติการพยาบาล/คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

