**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี**

**แบบขอใช้ศูนย์ และวัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ในศูนย์ฝึกทักษะทางการพยาบาล “ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์”**

วันที่ ...... เดือน........................... พ.ศ.........

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว)...................................................................................................................................

🖵 อาจารย์ 🖵 นักศึกษา ชั้นปีที่ .................... เบอร์โทรศัพท์.........................................................................................

มีความประสงค์ขอใช้ศูนย์ฝึกทักษะ 🖵 ในเวลาราชการ 🖵 นอกเวลาราชการ

ตั้งแต่วันที่......................เดือน........................พ.ศ.......................ถึงวันที่......................เดือน......................พ.ศ.................

เวลา................................น. ถึงเวลา.............................น.

ในกิจกรรม...........................................................................................................................................................................

และขอใช้วัสดุ ครุภัณฑ์ และอุปกรณ์ ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายการวัสดุ ครุภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่ต้องการใช้** | **จำนวน** | **หมายเหตุ** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |

ในระหว่างการใช้หากมีการชำรุดหรือเสียหายหรือสูญหาย ยินดีให้ยึดเงินค่าประกันของเสียหายหรือยินดีชดใช้ตามมูลค่าจริงหรือตามตามการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารวิทยาลัย

ลงชื่อ..................................................ผู้ขอ (หลังใช้)

( )

วันที่..........เดือน...................พ.ศ.............

ลงชื่อ...............................................ผู้ตรวจสอบ (หลังใช้)

( )

วันที่.........เดือน....................พ.ศ............

ลงชื่อ.................................................ผู้ขอ (ก่อนใช้)

( )

วันที่..........เดือน...................พ.ศ.............

ลงชื่อ...............................................ผู้ตรวจสอบ (ก่อนใช้)

( )

วันที่.........เดือน....................พ.ศ............