



แบบฟอร์มขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

UNC-L002-1

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติใช้ศูนย์สาธิตทางการแพทย์ รายสัปดาห์/รายภาคการศึกษา

เรียน ประธานกรรมการ พัฒนาสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ด้านห้องปฏิบัติการ

ด้วยรายวิชา.....

ขออนุมัติใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ รายสัปดาห์/รายภาคการศึกษา เพื่อใช้

.....

.....

ทั้งนี้ได้แนบตารางการใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ และแผนการจัดการเรียนการสอน วัสดุ/
ครุภัณฑ์ที่ต้องใช้ประกอบการเรียนการสอน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ

(.....)

อาจารย์ผู้สอน/รับผิดชอบรายวิชา

...../...../.....

ลงชื่อ

(นายสีบตระกูล ต้นตลานุกุล)

ประธานคณะกรรมการ

พัฒนาสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ด้านห้องปฏิบัติการ

...../...../.....