แบบฟอร์มขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล UNC-L002

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

เรียน ประธานกรรมการ พัฒนาสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ด้านห้องปฏิบัติการ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง/รหัส.....เบอร์โทรติดต่อ..... .....

มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา

.....

วันที่ใช้ห้อง.....เวลา..... .....น.

พร้อมด้วยครุภัณฑ์ประกอบการเรียนการสอน ดังนี้

ลำดับ	รหัส/หมายเลขครุภัณฑ์	ชื่อรายการ	จำนวน

.....

.....

ลงชื่อ .....

(.....)

อาจารย์ผู้สอน/รับผิดชอบรายวิชา

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

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(นายสืบตระกูล ตันตลานุกุล)

ประธานคณะกรรมการ

พัฒนาสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ด้านห้องปฏิบัติการ

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

หมายเหตุ นักศึกษาต้องติดต่อขอใช้ห้องไม่น้อยกว่า 3 วัน