|  |  |
| --- | --- |
| หน้า 1 | กลุ่มที่ /  |
| อาจารย์ประจำกลุ่ม  |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มขอยืมอุปกรณ์ ห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล****คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา****ภาคการศึกษาที่ /**  |

**ชื่อผู้ขอยืม** **เบอร์โทรศัพท์**

 □ นิสิตปริญญาตรี ชั้นปีที่

 □ นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่

 □ อาจารย์สังกัดสาขาวิชา

 □ บุคลากรอื่น ๆ

**มีความประสงค์**

ขอยืมอุปกรณ์เพื่อการเรียนการสอน

รายวิชา

**วันที่ขอยืม**

 ผู้ขอยืมขอรับรองว่า จะดูแลรักษาอุปกรณ์ที่ยืมเป็นอย่างดี และหากชำรุดหรือสูญหาย ผู้ขอยืมยินดีชดใช้ให้แก่คณะพยาบาลศาสตร์

|  |
| --- |
|  ลงชื่อ ผู้ขอยืม ( ) ลงชื่อ ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการฯ ( ) |

**ชื่อผู้รับ** **เบอร์โทรศัพท์**

 □ นิสิตปริญญาตรี ชั้นปีที่

 □ นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่

 □ อาจารย์สังกัดสาขาวิชา

 □ บุคลากรอื่น ๆ

**วันที่รับอุปกรณ์**

|  |
| --- |
|  ลงชื่อ ผู้รับอุปกรณ์ ( ) ลงชื่อ ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการฯ ( ) |

**สำหรับเก็บไว้กับผู้รับอุปกรณ์**

|  |
| --- |
| หมายเหตุ 1. ผู้ขอยืมจะต้องรักษาอุปกรณ์ที่ยืมไปให้อยู่ในสภาพที่เรียบร้อย ไม่ชำรุดเสียหาย 2. ผู้ขอยืม ยินยอมจ่ายค่าซ่อมแซม/สูญหาย หากอุปกรณ์ที่ยืมไปเกิดชำรุดเสียหาย/สูญหาย 3. การขอยืมวัสดุ อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการฯ ให้ส่งแบบฟอร์มล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน |

**ห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล**

โทรศัพท์ภายนอก 038-102879

โทรศัพท์ภายใน 2879, 2869

|  |  |
| --- | --- |
| หน้า 1 | กลุ่มที่ /  |
| อาจารย์ประจำกลุ่ม  |

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มขอยืมอุปกรณ์ ห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล****คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา****ภาคการศึกษาที่ /**  |

**ชื่อผู้ขอยืม** **เบอร์โทรศัพท์**

 □ นิสิตปริญญาตรี ชั้นปีที่

 □ นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่

 □ อาจารย์สังกัดสาขาวิชา

 □ บุคลากรอื่น ๆ

**มีความประสงค์**

ขอยืมอุปกรณ์เพื่อการเรียนการสอน

รายวิชา

**วันที่ขอยืม**

 ผู้ขอยืมขอรับรองว่า จะดูแลรักษาอุปกรณ์ที่ยืมเป็นอย่างดี และหากชำรุดหรือสูญหาย ผู้ขอยืมยินดีชดใช้ให้แก่คณะพยาบาลศาสตร์

|  |
| --- |
|  ลงชื่อ ผู้ขอยืม ( ) ลงชื่อ ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการฯ ( ) |

**ชื่อผู้รับ** **เบอร์โทรศัพท์**

 □ นิสิตปริญญาตรี ชั้นปีที่

 □ นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่

 □ อาจารย์สังกัดสาขาวิชา

 □ บุคลากรอื่น ๆ

**วันที่รับอุปกรณ์**

|  |
| --- |
|  ลงชื่อ ผู้รับอุปกรณ์ ( ) ลงชื่อ ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการฯ ( ) |

**สำหรับส่งคืนผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการ**

|  |
| --- |
| หมายเหตุ 1. ผู้ขอยืมจะต้องรักษาอุปกรณ์ที่ยืมไปให้อยู่ในสภาพที่เรียบร้อย ไม่ชำรุดเสียหาย 2. ผู้ขอยืม ยินยอมจ่ายค่าซ่อมแซม/สูญหาย หากอุปกรณ์ที่ยืมไปเกิดชำรุดเสียหาย/สูญหาย 3. การขอยืมวัสดุ อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการฯ ให้ส่งแบบฟอร์มล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน |

**ห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล**

โทรศัพท์ภายนอก 038-102879

โทรศัพท์ภายใน 2879, 2869

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการอุปกรณ์ที่ต้องการยืม** | หน้า 2 |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **จำนวน****ที่ยืม** | **จำนวน****ที่คืน** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |
| 16. |  |  |  |
| 17. |  |  |  |
| 18. |  |  |  |
| 19. |  |  |  |
| 20. |  |  |  |

**ชื่อผู้คืน** **เบอร์โทรศัพท์**

 □ นิสิตปริญญาตรี ชั้นปีที่

 □ นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่

 □ อาจารย์สังกัดสาขาวิชา

 □ บุคลากรอื่น ๆ

**วันที่คืนอุปกรณ์**

|  |
| --- |
|  ลงชื่อ ผู้คืนอุปกรณ์ ( ) ลงชื่อ ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการฯ ( ) |

หมายเหตุ

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการอุปกรณ์ที่ต้องการยืม** | หน้า 2 |
| **ลำดับ** | **รายการ** | **จำนวน****ที่ยืม** | **จำนวน****ที่คืน** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |
| 16. |  |  |  |
| 17. |  |  |  |
| 18. |  |  |  |
| 19. |  |  |  |
| 20. |  |  |  |

**ชื่อผู้คืน** **เบอร์โทรศัพท์**

 □ นิสิตปริญญาตรี ชั้นปีที่

 □ นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่

 □ อาจารย์สังกัดสาขาวิชา

 □ บุคลากรอื่น ๆ

**วันที่คืนอุปกรณ์**

|  |
| --- |
|  ลงชื่อ ผู้คืนอุปกรณ์ ( ) ลงชื่อ ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการฯ ( ) |

หมายเหตุ