

แบบฟอร์มขอยืมอุปกรณ์ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์พยาบาล  
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

- ผู้ขอยืมจะต้องรักษาอุปกรณ์ที่ยืมไปให้อยู่ในสภาพที่เรียบร้อย ไม่ชำรุดเสียหาย
- ผู้ขอยืม ยินยอมจ่ายค่าซ่อมแซม/สูญหาย หากอุปกรณ์ที่ยืมไปเกิดชำรุดเสียหาย/สูญหาย
- การขอยืมวัสดุ อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการฯ ให้ส่งแบบฟอร์มล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์พยาบาล

โทรศัพท์ภายนอก 038-102879

โทรศัพท์ภายใน 2879, 2869

แบบฟอร์มขอยืมอุปกรณ์ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์พยาบาล  
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

- ผู้ขอยืมจะต้องรักษาอุปกรณ์ที่ยืมไปให้อยู่ในสภาพที่เรียบร้อย ไม่ชำรุดเสียหาย
- ผู้ขอยืม ยินยอมจ่ายค่าซ่อมแซม/สูญหาย หากอุปกรณ์ที่ยืมไปเกิดชำรุดเสียหาย/สูญหาย
- การขอยืมวัสดุ อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการฯ ให้ส่งแบบฟอร์มล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์พยาบาล

โทรศัพท์ภายนอก 038-102879

โทรศัพท์ภายใน 2879, 2869

ลำดับ	รายการ	จำนวนที่ยืม	จำนวนที่คืน
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

.....

.....

.....

.....

.....

ลำดับ	รายการ	จำนวนที่ยืม	จำนวนที่คืน
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

.....

.....

.....

.....

.....