

แบบฟอร์มการขอใช้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่.....

ชื่อผู้ขอใช้ห้องตำแหน่ง (อาจารย์ / บุคลากร / นิสิต) ชั้นปีที่
เบอร์โทรติดต่อ.....มีความประสงค์ขอใช้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในวันที่.....
☐ ในเวลาราชการ ☐ นอกเวลาราชการ เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.
วัตถุประสงค์เพื่อ (ชื่อกิจกรรม).....
โดยขอใช้ห้อง.....และมีผู้เข้าร่วมจำนวน.....คน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบการใช้ห้องปฏิบัติการอย่างเคร่งครัดและดูแลรักษาห้องปฏิบัติการเป็นอย่างดี
รวมทั้งปิดสวิตซ์อุปกรณ์ไฟฟ้าทุกชนิดภายหลังจากการใช้งาน หากห้องอยู่ในสภาพที่ไม่สะอาดเรียบร้อย และพบเครื่องมือชำรุด
เสียหาย ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น

กรณีนิสิตเป็นผู้ยื่นคำขอ ลงชื่อ..... (.....) อาจารย์ที่ปรึกษา/อาจารย์ผู้นิเทศ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอใช้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

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

เจ้าหน้าที่ดูแลห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ตรวจสอบแล้ว ☐ สามารถใช้ห้องได้ ☐ ไม่สามารถใช้ห้อง เนื่องจาก ลงชื่อ..... (.....) /...../.....	เรียน คณบดี/รองคณบดี ฯ เพื่อโปรดพิจารณา ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก ลงชื่อ..... (.....) /...../.....
---	---

หมายเหตุ: ติดต่อการขอใช้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วันทำการ