

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
 แบบยืม-คืน อุปกรณ์ปฏิบัติการพยาบาล

วันที่ .....

อาจารย์ (ชื่อ-สกุล) ..... หมายเลขโทรศัพท์.....  
 นิสิต (ชื่อ-สกุล) ..... รหัส.....ชั้นปีที่ .....หมายเลขโทรศัพท์.....  
 วัตถุประสงค์ของการยืม .....  
 ประสงค์จะรับอุปกรณ์วันที่ ..... เวลา .....

หากไม่สามารถคืนทันในเวลาที่กำหนด จะยินดีให้ปรับวันละ 20 บาท ต่อชิ้น หากมีการชำรุดสูญหาย  
 ยินดีจัดหาทดแทนเหมือนกับอุปกรณ์ ที่รับไปจากห้องปฏิบัติการ  
 ทั้งนี้อุปกรณ์ที่จะนำมาคืน จะทำความสะอาดและตรวจสอบการใช้งานได้ เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อผู้ยืม.....  
 (.....)

รายการอุปกรณ์และวัสดุที่ต้องการยืม	จำนวน	
	ได้รับ	คืน
1.....		
2.....		
3.....		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		
8.....		
9.....		
10.....		
ลงชื่อ ผู้รับและคืน อุปกรณ์		
วันที่ ที่รับอุปกรณ์		
วันที่ ที่คืนอุปกรณ์		

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้ยืม.....  
 (.....)