



**แบบฟอร์มขอใช้ห้อง**  
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี**

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... ตำแหน่ง.....  
สาขาวิชา..... คณะ.....  
มีความประสงค์ขอใช้ห้อง.....  
ในวันที่..... ระหว่างเวลา.....  
เพื่อใช้ในการเรียนการสอน/กิจกรรม.....  
โดยมีอุปกรณ์ที่ต้องการ ดังนี้

ลำดับ	รายการ	รหัส	จำนวน	ผู้บังคับ	หมายเหตุ
1					
2					
3					
4					
5					

.....  
(.....)

เบอร์โทร.....

ผู้ขอใช้ห้อง

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ จากการตรวจสอบห้อง	ความเห็นอาจารย์ผู้ดูแลห้องปฏิบัติการ	ความเห็นของผู้บังคับบัญชา
.....ผลปรากฏว่า <input type="checkbox"/> ห้องว่าง <input type="checkbox"/> ห้องไม่ว่าง หมายเหตุ : .....	<input type="checkbox"/> อนุญาต <input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต หมายเหตุ : .....	<input type="checkbox"/> อนุญาต <input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต หมายเหตุ : .....
..... (.....) ...../...../.....	..... (.....) ผู้ดูแลห้องปฏิบัติการ ...../...../.....	..... (.....) คณบดี/รองคณบดี ...../...../.....

หมายเหตุ:-

1. ผู้ใช้บริการต้องรับผิดชอบความเสียหาย กรณีชำรุด สูญหาย ในระหว่างการใช้บริการห้องปฏิบัติการพยาบาล
2. โปรดยื่นแบบขอใช้บริการห้องปฏิบัติการพยาบาลล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วันทำการ