

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี**

###### แบบฟอร์มใบเบิกยาและวัสดุสิ้นเปลือง ห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล

วันที่............เดือน..............พ.ศ...........

ชื่อ – สกุล (ผู้ขอเบิก) นาย/นาง/นางสาว...........................................................................................เบอร์โทร....................................

เพื่อใช้ในกิจกรรม/รายวิชา....................................................................................................................................................................

สถานที่นำไปใช้งาน (ระบุ).....................................................................................................................................................................

ขอเบิกยา และวัสดุสิ้นเปลือง ดังรายการต่อไปนี้ จำนวน ...................................รายการ ดังนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการ | จำนวน | หมายเหตุ |
|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ลงชื่อ ................................................ ผู้ขอเบิก

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

**ความเห็นเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ/ผู้รับผิดชอบ**  **ความเห็นของหัวหน้างานพัฒนาการจัดการเรียนการสอน**

ลงชื่อ ........................................................ 🞎 อนุญาต 🞎 ไม่อนุญาต

(............................................................) ลงชื่อ ........................................................

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

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

**ความเห็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบ** ........./............/...........

ลงชื่อ ..........................................................

หมายเหตุ กรุณาแจ้งการเบิกล่วงหน้าอย่างน้อย วัน ทำการ

(……………………….…………….……)

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