



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
แบบฟอร์มขอใช้ห้องเรียน/ห้องปฏิบัติการ นอกเวลาราชการ/และหรือนอกตารางเรียน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอใช้ห้องเรียน/ห้องปฏิบัติการ

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง อาจารย์ นักศึกษา
ชั้นปีที่รหัสนักศึกษาหมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์ ขอใช้ห้อง ห้องเรียน หมายเลขห้อง..... เพื่อ เรียน กิจกรรม สอบ
วิชา..... จำนวนผู้ใช้ห้องเรียน.....คน
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....

ในกรณีนักศึกษาเป็นผู้ขอใช้ห้องเรียนให้ระบุชื่อ อาจารย์ผู้สอน.....
อุปกรณ์ที่ต้องการให้เตรียมนอกจากสื่อสโตนท์/อุปกรณ์ปกติ/อุปกรณ์ที่ต้องการใช้อื่นๆ

- 1)จำนวน.....
- 2)จำนวน.....
- 3)จำนวน.....
- 4)จำนวน.....
- 5)จำนวน.....

ลงชื่อ.....

(.....)

นักศึกษาผู้ใช้

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ผู้สอน/รับผิดชอบ

การดำเนินการนักวิชาการคอมพิวเตอร์

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

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

นักวิชาการคอมพิวเตอร์

ความเห็นของรองคณบดีฝ่ายวิชาการ

อนุญาต

ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

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

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ