

วันที่...../...../.....

ชื่อผู้ขอรับบริการ.....ภาควิชา.....

(สถานภาพ) อาจารย์ แพทย์ประจำบ้าน นิสิตแพทย์ เจ้าหน้าที่ อื่นๆ.....

ชื่อ ผู้ประสานงานภาควิชา.....เบอร์โทรติดต่อ.....

ลงชื่อ.....

(หัวหน้าภาควิชา/รักษาการแทนหัวหน้าภาควิชา/อาจารย์ประจำภาควิชา)

รายการ	จำนวน	วัตถุประสงค์
<input type="checkbox"/> หุ่นแขนเทียมฝึกหัดเจาะเลือด	<input type="checkbox"/> การเรียนการสอน
<input type="checkbox"/> หุ่นแขนเทียมฝึกหัดให้สารอาหาร	<input type="checkbox"/> ประชุมวิชาการ
<input type="checkbox"/> หุ่นแขนเทียมฝึกหัดฝึกหัดฝ่าฝืน	<input type="checkbox"/> ประชุมเชิงปฏิบัติการ
<input type="checkbox"/> หุ่นแขนเทียมฝึกหัดการถอดและฝังยาคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/> สัมมนา
<input type="checkbox"/> แผ่นกระดานฝึกหัดผูกไหม	<input type="checkbox"/> วิจัย
<input type="checkbox"/> หมอนฝึกหัดเย็บบาดแผล	<input type="checkbox"/> เสนอผลงานและเผยแพร่
<input type="checkbox"/> หุ่นแต้มนมเทียม	<input type="checkbox"/> กิจกรรมและประเพณี
<input type="checkbox"/> บอร์ดนิทรรศการ	
<input type="checkbox"/> ขาดังบอร์ด	
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	

กำหนดการ

วัน/เดือน/ปี ที่ขอรับ.....วัน/เดือน/ปีที่ส่งคืน.....

เวลา.....สถานที่.....

ผู้ประสานงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

กรุณากรอกแบบสอบถาม และ
ประเมินการทำงาน เพื่อพัฒนาต่อไป

ความคิดเห็น หัวหน้าศูนย์ฯ	เจ้าหน้าที่รับงาน หน่วยธุรการ	เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน หน่วยสื่อสิ่งประดิษฐ์ทางการแพทย์	ปัญหาและแก้ไข
.....	ชื่อ.....	ชื่อ.....
.....	วัน/เวลา.....	วัน/เวลา.....
นายราชศักดิ์ วิโรจน์	เบอร์ติดต่อ.....	เบอร์ติดต่อ.....
วัน/เวลา.....		