



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล นายไพฑูริย์ ฤทธิ ตำแหน่ง/รหัส ศตว.๑
ชั้นปีที่..... ห้อง..... เบอร์โทรติดต่อ.....

มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา ๑. สรีรวิทยา ๑

☒ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต ☒ ลำปาง
☐ เขลางค์นคร

สำหรับนักศึกษา.....คน

☐ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือขณะสอน ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

☐ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลดังรายการต่อไปนี้

๑. <u>ชุดเครื่องมือ</u>	จำนวน	<u>๒</u>	อัน
๒. <u>สีกัด</u>	จำนวน	<u>๒</u>	อัน
๓. <u>Stethoscope 2 แนว</u>	จำนวน	<u>๒</u>	อัน
๔. <u>สีกัด / สีกาง</u>	จำนวน	<u>๒</u>	อัน
๕. <u>เครื่องฟังเสียงหัวใจ</u>	จำนวน	<u>1</u>	อัน
๖.	จำนวน		อัน
๗.	จำนวน		อัน
๘.	จำนวน		อัน
๙.	จำนวน		อัน
๑๐.	จำนวน		อัน

วันที่ต้องการใช้บริการ ๑๒ มี. ๖๔ เวลา 13.00 ถึง 16.00

② 12 กค. ๖๔ 13.00-16.00 4.

③ 12 กค. ๖๔ 13.00-16.00 6.

④ 16 สก. ๖๔ 13.00-16.00 4.

⑤ 25 สก. ๖๔ 13.00-16.00 4.

ลงชื่อ [Signature]

วันที่ 1 มี. 64 เวลา 12.00 ๖๔

☐ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ [Signature]

(อ.ดร.จันทร์ธิลา ศรีกระจำง)

หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ

ลงชื่อ ศิริกมล น
(นางสาวศิริกมล น)

ผู้ให้บริการ

๒ / มี / ๖๔

แนบ ใบแจ้ง

① ๒ มี. - 13 มี. ๖๔

② 12-18 กค. ๖๔

③ ๒๑ กค - 8 สก. ๖๔

④ 16-25 สก. ๖๔

⑤ 26 สก - 5 กย. ๖๔

[Signature]

๗๕๔

(F๑:W/Ed-๒/EA-๙)



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล Purdon ตำแหน่ง/รหัส.....
ชั้นปีที่..... ห้อง..... เบอร์โทรติดต่อ 080 512 0006

มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา.....

☒ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต

☒ ลำปาง

☐ เขลางค์นคร

สำหรับนักศึกษา.....คน

☒ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือสอน

☒ ต้องการ

☐ ไม่ต้องการ

☐ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลดังรายการต่อไปนี้

✓ ๑.	แผ่น	จำนวน.....	อัน
✓ ๒.	plaster	จำนวน.....	อัน
๓.	EKG-12 lead *	จำนวน.....	อัน
๔.	Trop I + tube lab. *	จำนวน.....	อัน
✓ ๕.	Morphine	จำนวน.....	อัน
✓ ๖.	Cannula	จำนวน.....	อัน
✓ ๗.	NTG	จำนวน.....	อัน
๘.	Aspirin	จำนวน.....	อัน
๙.		จำนวน.....	อัน
๑๐.		จำนวน.....	อัน

วันที่ต้องการใช้บริการ 30 ม.ค ๖4 เวลา 8.30 ถึง 12.00

ลงชื่อ.....
วันที่ 29 ม.ค ๖4 เวลา 09.00

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ให้บริการ

30 / 4 / 64

☒ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(อ.ดร.จันทร์ธิลา ศรีกระจำง)

หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ

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

หมายเหตุ : เพื่อความสะดวกในการให้บริการ กรุณายื่นแบบฟอร์มขอใช้ล่วงหน้า 1 วัน

*เอกสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ห้ามสำเนาหรือคัดลอกโดยไม่ได้รับอนุญาต



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล น.ส. กานทิศา กอมพุกเกิด ตำแหน่ง/รหัส พยาบาลวิชาชีพ
ชั้นปีที่ ๓ ห้อง ๐๘๐ ๖๒๐๐๐๖ เบอร์โทรติดต่อ ๐๘๐ ๖๒๐๐๐๖

มีความประสงค์จะขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ เพื่อใช้ปฏิบัติกรรณกิจวิชา.....

☒ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต ☒ ลำปาง
☐ เขลางค์นคร

สำหรับนักศึกษา..... ๘๒ คน

☒ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือขณะสอน ☒ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ ☒
☐ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ดังรายการต่อไปนี้

๑. <u>ชุดตามแผนแม่บทหน้าห้อง ๑๕๐๐ GP drain ๑๕๐๐ content ๕๐๐ ๑๕๐๐, F/C, หน้า ๓๐ IV</u>	จำนวน.....	อัน
๒. <u>อุปกรณ์วัด V/S O₂ sat</u>	จำนวน.....	อัน
๓. <u>อุปกรณ์เจาะ Blood lactate, Hct</u>	จำนวน.....	อัน
๔. <u>สารน้ำ RLS ๑๐๐๐ ml ๕% D/NS 1/2</u>	จำนวน.....	อัน
๕. <u>๓ Vasopressin (Levophed) ๕ D5 W.</u>	จำนวน.....	อัน
๖. <u>G/M PRC ๒๐</u>	จำนวน.....	อัน
๗.	จำนวน.....	อัน
๘.	จำนวน.....	อัน
๙.	จำนวน.....	อัน
๑๐.	จำนวน.....	อัน

วันที่ต้องการใช้บริการ ๓๐ เม.ย. ๖๔ เวลา ๘.๓๐ ถึง ๑๒.๐๐

ลงชื่อ Dr
วันที่ ๒๙ เม.ย. ๖๔ เวลา ๙.๐๐

ลงชื่อ วิจิตร น.
(.....)
ผู้ให้บริการ
๓๐ / ๔ / ๖๔

☒ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ
(อ.ดร.จันทร์ฉิลา ศรีกระจำง)
หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ

หมายเหตุ : เพื่อความสะดวกในการให้บริการ กรุณายื่นแบบฟอร์มขอใช้ล่วงหน้า 1 วัน

*เอกสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ห้ามสำเนาหรือคัดลอกโดยไม่ได้รับอนุญาต



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล พนิดา นอนนุเสถียร ตำแหน่ง/รหัส พยาบาลวิชาชีพ
ชั้นปีที่ ห้อง เบอร์โทรศัพท์ 08๑ ๖12๐๐๖

มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา.....

☒ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต ☒ ลำปาง
☐ เขลางค์นคร

สำหรับนักศึกษา.....คน

- ☒ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือขณะสอน ☒ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ
- ☒ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลดังรายการต่อไปนี้
๑. หมัดฉก Craniectomy สดใน ICU on Ventilator Retained PIC อัน
 ๒. อุปกรณ์ V/S, NIS ไม่ขาด อัน
 ๓. อุปกรณ์ Section + Amber อัน
 ๔. อัน
 ๕. อัน
 ๖. อัน
 ๗. อัน
 ๘. อัน
 ๙. อัน
 ๑๐. อัน

วันที่ต้องการใช้บริการ 30 เม.ย. 64 เวลา 08.30 ถึง 18.00

ลงชื่อ พนิดา
วันที่ 29 เม.ย. 64 เวลา 9.00

ลงชื่อ จิรธิลา น
(.....)
ผู้ให้บริการ
30 / 4 / 64

☒ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ
(อ.ดร.จิรธิลา ศรีกระจำง)
หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ
...../...../.....

หมายเหตุ : เพื่อความสะดวกในการให้บริการ กรุณายื่นแบบฟอร์มขอใช้ล่วงหน้า 1 วัน

*เอกสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ห้ามสำเนาหรือคัดลอกโดยไม่ได้รับอนุญาต



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
แบบฟอร์มการขอยืมวัสดุ/ครุภัณฑ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล..... นางรุ่งกานต์ คุ้ม ตำแหน่ง/รหัส..... พยาบาลวิชาชีพชั้นกลาง พ.ร.บ.
 ชั้นปีที่..... ห้อง..... เบอร์โทรศัพท์ต่อ..... 089-4294457 มีความประสงค์จะขอยืมวัสดุ/ครุภัณฑ์
 ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อใช้ในงาน..... สอน นศ ป.๒/๔๔ A วิชา มคอ.๑ ตามรายการ ดังนี้

๑. <u>แผ่นเสียงดนตรี</u>	จำนวน..... <u>1</u>	อัน
๒. <u>แผ่นเสียงดนตรี</u>	จำนวน..... <u>1</u>	อัน
๓. <u>แผ่นเสียงดนตรี</u>	จำนวน..... <u>1</u>	อัน
๔.	จำนวน.....	อัน
๕.	จำนวน.....	อัน
๖.	จำนวน.....	อัน
๗.	จำนวน.....	อัน
๘.	จำนวน.....	อัน
๙.	จำนวน.....	อัน
๑๐.	จำนวน.....	อัน

วันที่ต้องการใช้บริการ..... 18 ม.ย. ๒๕๖๔ เวลา..... 8.30 น. กำหนดส่งคืน..... 18 ม.ย. ๒๕๖๔

..... ๑๕๐/รี.๑ 13๐1 (นัสนิเทศ) ลงชื่อ..... รุ่งกานต์ คุ้ม
 วันที่..... 18 ม.ย. ๒๕๖๔ เวลา..... 8.30 น.

☐ เห็นสมควรให้ยืม
☐ ไม่เห็นสมควรให้ยืม

ลงชื่อ.....
 (.....)

อาจารย์ผู้สอน/ผู้รับผิดชอบวิชา

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

☒ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ..... รุ่งกานต์ คุ้ม

(อ.ดร.จันทร์ฉัตร ศรีกระจ่าง)

หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ

..... 17 / ม / ๒๕

ลงชื่อ..... รุ่งกานต์ คุ้ม ผู้จ่ายวัสดุ/ครุภัณฑ์

..... 18 / ม / ๒๕

ลงชื่อ..... ผู้รับวัสดุ/ครุภัณฑ์

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

ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลได้รับคืน วัสดุ/ครุภัณฑ์เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... รุ่งกานต์ คุ้ม ผู้รับคืนวัสดุ/ครุภัณฑ์ ลงชื่อ..... ผู้ส่งคืนวัสดุ/ครุภัณฑ์

..... 18 / ม / ๒๕

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

.....



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล.....*พ.ศ. กนกน / กนกนุญ ใจดี*.....ตำแหน่ง/รหัส.....*พ.ศ. กนกนุญ ใจดี*.....

ชั้นปีที่.....*๖*.....ห้อง.....*A, B*.....เบอร์โทรติดต่อ.....*080 5120006*.....

มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา.....*Preclinic Adult 2*.....

☒ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต

☒ ลำปาง

☐ เขลางค์นคร

สำหรับนักศึกษา.....*พ.ศ. A, B*.....คน

☒ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือขณะสอน

☒ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

IT พ.ศ. กนกนุญ ใจดี

☐ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลดังรายการต่อไปนี้

- | | | |
|---|------------|-----|
| ๑. <i>Sim man</i> | จำนวน..... | อัน |
| ๒. <i>1 เครื่องช่วยหายใจ</i> | จำนวน..... | อัน |
| ๓. <i>11 ท่อน้ำ 9.5 tube no Ventilator</i> | จำนวน..... | อัน |
| ๔. | จำนวน..... | อัน |
| ๕. | จำนวน..... | อัน |
| ๖. | จำนวน..... | อัน |
| ๗. | จำนวน..... | อัน |
| ๘. | จำนวน..... | อัน |
| ๙. | จำนวน..... | อัน |
| ๑๐. | จำนวน..... | อัน |

วันที่ต้องการใช้บริการ.....*1 เม.ย. ๖๔*.....เวลา.....*๐๘.๐๐*.....ถึง.....*16.๐๐*.....

ลงชื่อ.....*พ.ศ. กนกนุญ ใจดี*.....
วันที่.....*31 มี.ค. ๖๔*.....เวลา.....*8 - 16*.....

ลงชื่อ.....*พ.ศ. กนกนุญ ใจดี*.....
(*พ.ศ. กนกนุญ ใจดี*)

ผู้ให้บริการ

.....*1 / 4 / 64*.....

☒ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....*พ.ศ. กนกนุญ ใจดี*.....

(อ.ดร.จันทร์ฉิลา ศรีกระจำง)

หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ

.....*31 / มี.ค. / ๖๔*.....

หมายเหตุ : เพื่อความสะดวกในการให้บริการ กรุณายื่นแบบฟอร์มขอใช้ล่วงหน้า 1 วัน

*เอกสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ห้ามสำเนาหรือคัดลอกโดยไม่ได้รับอนุญาต



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล น.ร. ปรัชญ์ ธีรพรประเสริฐ ตำแหน่ง/รหัส พนักงานวิชาชีพ
ชั้นปีที่..... ห้อง..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 082-1679256
มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา ๒. อนาคตบท 2

☒ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต ☒ ลำปาง
☐ เขลางค์นคร
สำหรับนักศึกษา..... 8.....คน

☐ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือขณะสอน ☐ ต้องการ ☒ ไม่ต้องการ
☒ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลดังรายการต่อไปนี้

๑. <u>บันไดเลื่อน</u>	จำนวน <u>1</u>	อัน
๒. <u>เก้าอี้พลาสติก (เก้าอี้ สีเขียว) + อุปกรณ์ (ลิส)</u>	จำนวน <u>1</u>	อัน
๓. <u>หมวก</u>	จำนวน <u>1</u>	อัน
๔. <u>เสื้อคลุม</u>	จำนวน <u>2</u>	อัน
๕.	จำนวน	อัน
๖.	จำนวน	อัน
๗.	จำนวน	อัน
๘.	จำนวน	อัน
๙.	จำนวน	อัน
๑๐.	จำนวน	อัน

วันที่ต้องการใช้บริการ 13 พ.ย. 2563 เวลา 13.00 ถึง 16.00

ผู้รับ
2
(คน)

ลงชื่อ ปรัชญ์ ธีรพรประเสริฐ
วันที่ 11 พ.ย. 63 เวลา 15.00 น.

ลงชื่อ ศิริพร วัฒนพ
(ภก.ศิริพร วัฒนพ)

ผู้ให้บริการ

13 / พย / 63

☒ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(อ.ดร.จันทร์ธิดา ศรีกระจำง)

หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ

12 / พย / 63



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล อ. จักรกฤษณ์ ๗๗.๖๕ ตำแหน่ง/รหัส ผอ.กองโสตทัศนศึกษา
ชั้นปีที่..... ห้อง..... เบอร์โทรติดต่อ.....
มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่/2

☒ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต

☒ ลำปาง

☐ เขลางค์นคร

สำหรับนักศึกษา.....คน

☒ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือขณะสอน

☒ ต้องการ

☐ ไม่ต้องการ

IT Inmr set ระบบคอมพิวเตอร์

☒ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลดังรายการต่อไปนี้

๑. <u>Simulation หรือ อุปกรณ์</u>	จำนวน <u>1</u>	อัน
๒. <u>อุปกรณ์สำหรับ Neph Stop</u>	จำนวน <u>1</u>	อัน
๓. <u>อุปกรณ์ VDO</u>	จำนวน <u>1</u>	อัน
๔. <u>ชุด CPR</u>	จำนวน <u>1</u>	อัน
๕. <u>AED Trainer</u>	จำนวน <u>1</u>	อัน
๖. <u>ชุด PPE</u>	จำนวน <u>1</u>	อัน ☒
๗. <u>1 N95</u>	จำนวน <u>4</u>	อัน ☒
๘.	จำนวน	อัน
๙.	จำนวน	อัน
๑๐.	จำนวน	อัน

วันที่ต้องการใช้บริการ 24 ธ.ค 64 เวลา 8-12 ชม. ถึง

ลงชื่อ..... อ. ๗๗.๖๕
วันที่..... 15 ธ.ค 64 เวลา..... 11.00 น.

ลงชื่อ..... ศิริพันธ์ 1๗๗๓๓๗
(นางศิริพันธ์ 1๗๗๓๓๗)
ผู้ให้บริการ
24 / 12 / 64

☒ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ..... ๗๗.๖๕

(อ.ดร.จันทร์ฉิลา ศรีกระจำง)

หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ
15 / 12 / 64

หมายเหตุ : เพื่อความสะดวกในการให้บริการ กรุณาเขียนแบบฟอร์มขอใช้ล่วงหน้า 1 วัน

*เอกสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ห้ามสำเนาหรือคัดลอกโดยไม่ได้รับอนุญาต



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล นายอัมพร ภูมิ ตำแหน่ง/รหัส พนักงานโสตทัศนศึกษา
ชั้นปีที่.....ห้อง.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา.....

☒ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต ☒ ลำปาง
☐ เขลางค์นคร

สำหรับนักศึกษา.....คน

☐ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือขณะสอน ☒ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

☐ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลดังรายการต่อไปนี้

- | | | |
|---------------------------------|----------------|---------------|
| ๑. <u>Mr. Simon + ชุดฝึกสอน</u> | จำนวน <u>2</u> | <u>ศร</u> อัน |
| ๒. <u>ชุดฝึกสอน</u> | จำนวน <u>1</u> | <u>ศร</u> อัน |
| ๓. <u>ชุดฝึกสอน</u> | จำนวน <u>2</u> | <u>ศร</u> อัน |
| ๔. <u>Set ฝึกสอน + อุปกรณ์</u> | จำนวน <u>2</u> | <u>ศร</u> อัน |
| ๕. | จำนวน | อัน |
| ๖. | จำนวน | อัน |
| ๗. | จำนวน | อัน |
| ๘. | จำนวน | อัน |
| ๙. | จำนวน | อัน |
| ๑๐. | จำนวน | อัน |

วันที่ต้องการใช้บริการ 29 ธค 63 เวลา 13.30 ถึง 16.30

ลงชื่อ อัมพร
วันที่ 28 ธค 63 เวลา 16.30

ลงชื่อ ศิริพร
(นางศิริพร เกษม)

ผู้ให้บริการ
29 / 12 / 63

☐ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ ศิริพร

(อ.ดร.จันทร์ธิดา ศรีกระจำง)

หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ
29 / 12 / 63



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล.....นางพนชนันท์.....ตำแหน่ง/รหัส.....พยาบาลวิชาชีพชั้นสูง.....
ชั้นปีที่.....ห้อง.....เบอร์โทรติดต่อ.....089 5544460.....

มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา.....ป. พรพนบนวมารตพททท และ ทธธธธธธทท

☐ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต ☐ ลำปาง
☐ เขลางค์นคร

สำหรับนักศึกษา.....คน

☐ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือขณะสอน ☐ ต้องการ ☒ ไม่ต้องการ

☒ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลดังรายการต่อไปนี้

๑.นาง ชณณดรรชนี.....	จำนวน.....1.....	อัน
๒.นาง.....	จำนวน.....1.....	อัน
๓.นาง.....	จำนวน.....1.....	อัน
๔.	จำนวน.....	อัน
๕.	จำนวน.....	อัน
๖.	จำนวน.....	อัน
๗.	จำนวน.....	อัน
๘.	จำนวน.....	อัน
๙.	จำนวน.....	อัน
๑๐.	จำนวน.....	อัน

วันที่ต้องการใช้บริการ.....11 มี.ค. ๖๖.....เวลา.....13.30 น.....ถึง.....16.00 น.....

ลงชื่อ..........

วันที่.....6 มี.ค. ๖๖.....เวลา.....

ลงชื่อ..........
(.....)

ผู้ให้บริการ.....
8 / 21 / 66

☒ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ..........

(อ.ดร.จันทร์ธิดา ศรีกระจำง)

หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ

8 / 21 / 66

หมายเหตุ : เพื่อความสะดวกในการให้บริการ กรุณายื่นแบบฟอร์มขอใช้ล่วงหน้า 1 วัน

*เอกสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ห้ามสำเนาหรือคัดลอกโดยไม่ได้รับอนุญาต

ฐาน 3

สัปดาห์

(F๑:W/Ed-๒/EA-๙)

Venti drain

Suction above tube / Ventilator

MDI

nasal suction c/s nas suction

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์

(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล..... Duang maylada ตำแหน่ง/รหัส..... นทบ

ชั้นปีที่..... ห้อง..... เบอร์โทรติดต่อ..... 0805120006

มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา..... OSCE Adultz

☒ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต

☒ ลำปาง

☐ เขลางค์นคร

สำหรับนักศึกษา.....คน

☒ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือขณะสอน

☒ ต้องการ

☐ ไม่ต้องการ

☒ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการแพทย์ดังรายการต่อไปนี้

๑. นทบ ET-tube & Ventilator จำนวน..... อัน

๒. จำนวน..... อัน

๓. จำนวน..... อัน

๔. จำนวน..... อัน

๕. จำนวน..... อัน

๖. จำนวน..... อัน

๗. จำนวน..... อัน

๘. จำนวน..... อัน

๙. จำนวน..... อัน

๑๐. จำนวน..... อัน

วันที่ต้องการใช้บริการ..... 30 12.๖๔ เวลา..... 8.๓๐ ถึง..... 12.๐๐

ลงชื่อ.....

วันที่..... 29 12.๖๔ เวลา..... 9.๐๐

ลงชื่อ..... จิรวิมล

(.....)

ผู้ให้บริการ

30/12 / 64

☒ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(อ.ดร.จันทร์ธิลา ศรีกระจำง)

หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ

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

หมายเหตุ : เพื่อความสะดวกในการให้บริการ กรุณายื่นแบบฟอร์มขอใช้ล่วงหน้า 1 วัน

*เอกสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ห้ามสำเนาหรือคัดลอกโดยไม่ได้รับอนุญาต



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล..... ปณณิศา กองหนูเตตำแหน่ง/รหัส..... นบ.ทอ.๒๕๖
ชั้นปีที่..... ห้อง..... เบอร์โทรติดต่อ..... 0805120006
มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา..... Adult 2

☒ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต ☒ ลำปาง
☐ เขลางค์นคร

สำหรับนักศึกษา..... ~ 48คน

☐ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือขณะสอน ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ พณ 1

☒ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลดังรายการต่อไปนี้

๑. ทศพร แปลงแผลผ่าตัด Craniectomy & drain 1 ชิ้น ปณณิศา ๒๕๖๓ จำนวน..... อัน
๒. อุปกรณ์ v/s และ เครื่องวัด O2 sat จำนวน..... อัน
๓. พยาบาล จำนวน..... อัน
๔. on Foley's cath & bag จำนวน..... อัน
๕. on Etlac Ventilator จำนวน..... อัน
๖. เครื่อง Suction , sac Suction , ถุงมือพลาสติก ๒๖ จำนวน..... อัน
๗. ambu bag จำนวน..... อัน
๘. จำนวน..... อัน
๙. จำนวน..... อัน
๑๐. จำนวน..... อัน

วันที่ต้องการใช้บริการ..... 11 ก.ย ๖๗เวลา..... 08.00ถึง..... 12.00

ลงชื่อ..... ปณณิศา
วันที่..... ๙ ก.ย ๖๗เวลา..... ๙.๐๐

ลงชื่อ..... ปณณิศา
(.....)
ผู้ให้บริการ.....
11 / 11 / 63

☒ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ..... น
(อ.ดร.จันทร์ธิดา ศรีกระจำง)

หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ
9 / 11 / 63

หมายเหตุ : เพื่อความสะดวกในการให้บริการ กรุณายื่นแบบฟอร์มขอใช้ล่วงหน้า 1 วัน

*เอกสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ห้ามสำเนาหรือคัดลอกโดยไม่ได้รับอนุญาต



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
แบบฟอร์มขอใช้บริการศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล
(Nursing Learning Resource Centre)

ชื่อ-นามสกุล..... กนกพร กองเพชร..... ตำแหน่ง/รหัส..... นมนวรัตน์
ชั้นปีที่..... ห้อง..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ..... 050012006.....
มีความประสงค์จะขอใช้ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล เพื่อใช้ปฏิบัติการรายวิชา..... ๑. Adult 2

☒ เตรียมสถานที่ฝึกและสาธิตการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาเขต ☒ ลำปาง
☐ เขลางค์นคร

สำหรับนักศึกษา..... ~48..... คน

☐ ต้องการเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือขณะสอน ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ
☒ ขอยืมอุปกรณ์ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลดังรายการต่อไปนี้ รูป II
๑. หุ่นทรมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง on JP drain 1 สาย 1 นิ้ว ๑๐๐ cc..... อัน
๒. อุปกรณ์ v/s + O₂ sat..... จำนวน..... อัน
๓. เครื่องวัด blood lactate..... จำนวน..... อัน
๔. อุปกรณ์วัด Hct..... จำนวน..... อัน
๕. สำน้ำ RLS 1000 cc, ๑% D/NSS/2 1000 cc..... จำนวน..... อัน
๖. ยา Levophed..... จำนวน..... อัน
๗. NG tube no suction..... จำนวน..... อัน
๘. Retained F/C & bag..... จำนวน..... อัน
๙. G/M PRC..... จำนวน..... อัน
๑๐. O₂ cannula / O₂ mask & bag + จับ..... จำนวน..... อัน
วันที่ต้องการใช้บริการ..... 11 ก.ย 67..... เวลา..... 08.00..... ถึง..... 12.00.....

ลงชื่อ..... Dew
วันที่..... ๑๑.๐๖๗..... เวลา..... ๑.๐๐.....

ลงชื่อ..... จิราพร
(.....)
ผู้ให้บริการ.....
11 / ก.ย / 67

☒ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(อ.ดร.จันทร์ธิดา ศรีกระจำง)
หัวหน้างานเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการศึกษาและวิทยบริการ
9 / ม.ย / 67

หมายเหตุ : เพื่อความสะดวกในการให้บริการ กรุณายื่นแบบฟอร์มขอใช้ล่วงหน้า 1 วัน

*เอกสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ห้ามสำเนาหรือคัดลอกโดยไม่ได้รับอนุญาต