

แบบฟอร์มขอเบิกกระเป๋าแล้ยมยาและเวชภัณฑ์ DPU Health Center
(ศูนย์สุขภาพ DPU)

วิทยาลัย/คณะวิชา/หน่วยงาน มีความประสงค์ขอเบิกกระเป๋า
แล้ยมยาและเวชภัณฑ์ เพื่อใช้ในโครงการ/กิจกรรม/อื่นๆ (ระบุชื่อโครงการ).....
ในวันที่...../...../..... สถานที่..... จำนวน.....ชุด
นักศึกษา/บุคลากรเข้าร่วมโครงการ จำนวน.....คน และจะส่งคืนกระเป๋าแล้ยมยาและเวชภัณฑ์ ในวันถัดไป
หลังจากวันที่จัดกิจกรรม

ผู้ขอเบิก (เขียนตัวบรรจง)	อาจารย์/บุคลากร ผู้รับผิดชอบโครงการ
ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....	เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

การเบิกกระเป๋าแล้ยมยาและเวชภัณฑ์

- กรอกแบบฟอร์มที่สายงานกิจการนักศึกษา อาคาร 10 (อาคารจอตระถ) ชั้น 3 หลังจากนั้นส่งแบบฟอร์ม
ณ ห้องพยาบาล ชั้น 1 อาคาร 1 ก่อนวันที่ต้องการรับกระเป๋าแล้ยมยาล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน
- ต้องส่งคืนกระเป๋าแล้ยมยาในวันถัดไปทันทีหลังจากวันที่จัดกิจกรรม เพื่อสามารถให้บริการแก่ผู้อื่นได้อย่างเพียงพอ
- หากทำกระเป๋าแล้ยมยาสูญหาย ต้องเสียค่าปรับ เป็นจำนวนเงิน 500 บาท
- ยาและเวชภัณฑ์จัดให้ใช้สำหรับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเท่านั้น ซึ่งพยาบาลประจำห้องพยาบาล
จะเป็นผู้พิจารณาจำนวนและปริมาณตามความเหมาะสม

เฉพาะเจ้าหน้าที่

สายงานกิจการนักศึกษา	ศูนย์สุขภาพ DPU
เรียน เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพ DPU	
ลงชื่อ..... (นางสุภาณี ประชุมชน) ผู้จัดการฝ่ายกิจการนักศึกษา วันที่...../...../.....	ลงชื่อ..... (.....) วันที่...../...../.....