



แบบฟอร์มขอใช้บริการฝึกซ้อมปฏิบัติหัตถการทางคลินิก
ชั้น ๕ อาคารศูนย์มะเร็ง รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... นสพ.ชั้นปีที่เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอใช้บริการฝึกซ้อมปฏิบัติหัตถการทางคลินิก

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ระหว่างเวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

จำนวนผู้เข้าใช้บริการฝึกซ้อมปฏิบัติหัตถการทางคลินิก..... คน

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

ชื่อ - สกุล นสพ.ชั้นปีที่.....

โดยข้าพเจ้ารับทราบระเบียบการให้บริการฝึกซ้อมปฏิบัติหัตถการทางคลินิก และยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ ในระหว่างฝึกปฏิบัติงาน หากเครื่องมือ/ อุปกรณ์ เกิดการชำรุดหรือเสียหาย ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ขอใช้

กก.กพศ.รพ.๖